

# PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES  
DA ENFERMAGEM

Bertha Cruz Enders  
Akemi Iwata Monteiro  
Rosineide Santana de Brito  
Organizadoras

# **Práticas e saberes em saúde: contribuições da enfermagem**



#### **REITORA**

Ângela Maria Paiva Cruz

#### **VICE-REITOR**

José Daniel Diniz Melo

#### **DIRETORIA ADMINISTRATIVA DA EDUFRRN**

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Diretor)  
Wilson Fernandes de Araújo Filho (Diretor Adjunto)  
Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)

#### **CONSELHO EDITORIAL EDUFRRN**

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)	Katia Aily Franco de Camargo
Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)	Luciene da Silva Santos
Alexandre Reche e Silva	Magnólia Fernandes Florêncio
Amanda Duarte Gondim	Márcia Maria de Cruz Castro
Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra	Márcio Zikan Cardoso
Anna Cecília Queiroz de Medeiros	Marcos Aurelio Felipe
Anna Emanuella Nelson dos Santos Cavalcanti da Rocha	Maria de Jesus Goncalves
Arrilton Araujo de Souza	Maria Jalila Vieira de Figueiredo Leite
Cândida de Souza	Marta Maria de Araújo
Carolina Todesco	Mauricio Roberto C. de Macedo
Christianne Medeiros Cavalcante	Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento
Daniel Nelson Maciel	Paulo Roberto Medeiros de Azevedo
Eduardo Jose Sande e Oliveira dos Santos Souza	Richardson Naves Leão
Euzébia Maria de Pontes Targino Muniz	Roberval Edson Pinheiro de Lima
Francisco Dutra de Macedo Filho	Samuel Anderson de Oliveira Lima
Francisco Welson Lima da Silva	Sebastião Faustino Pereira Filho
Francisco Wildson Confessor	Sérgio Ricardo Fernandes de Araújo
Gilberto Corso	Sibele Berenice Castella Pergher
Glória Regina de Góis Monteiro	Tarciso André Ferreira Velho
Heather Dea Jennings	Tercia Maria Souza de Moura Marques
Izabel Augusta Hazin Pires	Tiago Rocha Pinto
Jorge Tarcísio da Rocha Falcão	Wilson Fernandes de Araújo Filho
Julliane Tamara Araújo de Melo	

#### **CONSELHO EDITORIAL**

Luz Angélica Muñoz Gonzalez (Universidad Andres Bello – UNAB, Santiago, Chile)  
Josicelia Dumet Fernandes (Universidade Federal da Bahia – UFBA)  
Antonia Oliveira Silva (Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

#### **EDITORIAÇÃO**

Kamyla Álvares (Editora)  
Isabelly Araújo (Colaboradora)  
Vitória Belo (Colaboradora)

#### **REVISÃO E NORMALIZAÇÃO**

Lisane Mariádne (Língua Portuguesa)  
Edineide da Silva Marques (ABNT)

#### **DESIGN EDITORIAL**

Michele de Oliveira Mourão Holanda (Capa)  
Freepik (Vetores)  
Robson Santos | Tikinet (Miolo)  
Sílvio César Guedes Júnior (Colaborador)

Bertha Cruz Enders  
Akemi Iwata Monteiro  
Rosineide Santana de Brito  
Organizadoras

# **Práticas e saberes em saúde: contribuições da enfermagem**



Natal, 2018

Coordenadoria de Processos Técnicos  
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Práticas e saberes em saúde [recurso eletrônico] : contribuições da enfermagem / Bertha Cruz Enders, Akemi Iwata Monteiro, Rosineide Santana de Brito, organizadoras. – Natal, RN : EDUFRN, 2018.  
197 p. : il. : PDF ; 2,59 Mb.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: <http://repositorio.ufrn.br>  
ISBN 978-85-425-0836-9

1. Saúde pública. 2. Enfermagem. I. Enders, Bertha Cruz. II. Monteiro, Akemi Iwata. III. Brito, Rosineide Santana de.

RN/UF/BCZM

2018/55

CDU 613

CDD 610.7

Elaborado por Jackeline dos S.P.S.Maia Cavalcanti – CRB-15/317

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN  
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário  
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil  
e-mail: [contato@editora.ufrn.br](mailto:contato@editora.ufrn.br) | [www.editora.ufrn.br](http://www.editora.ufrn.br)  
Telefone: 84 3342 2221

# Apresentação

Uma palavra escrita é semelhante a uma pérola.

*Johann Goethe*

O presente livro reúne um conjunto de textos, fruto do trabalho desenvolvido pelos três grupos de pesquisa do Departamento de Enfermagem da UFRN, assim nominados: Enfermagem nos Serviços de Saúde, Enfermagem Clínica, e Enfermagem e Educação. Representa um esforço do programa de Pós-graduação do Departamento, contando, para isso, com o apoio de docentes e discentes que integram esses grupos de pesquisa, na busca de ampliar a divulgação do conhecimento que vem sendo produzido pela Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Esta primeira publicação – naturalmente outras se sucederão – contém trabalhos que enfocam temas diversos, de interesse da saúde e da Enfermagem no contexto atual. A maioria dos textos privilegia a abordagem de assuntos atinentes à saúde coletiva, bem como à saúde da criança e do trabalhador, conforme a agenda política preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os demais artigos, de igual modo, tratam de temas extremamente pertinentes à construção do conhecimento nas áreas da saúde e da pesquisa em enfermagem no

Brasil. Distribuem-se entre saúde do idoso, relacionamento interpessoal, representação social e história da enfermagem.

É importante, igualmente, assinalar que uma publicação desta natureza representa um incentivo aos jovens pesquisadores e um reconhecimento ao trabalho desenvolvido pelos professores que há anos vêm produzindo e estruturando um campo de conhecimento em Enfermagem na UFRN.

Devo ainda acrescentar que, embora exista uma interlocução entre os capítulos, cada um tem vida própria, podendo ser útil às atividades pedagógicas desenvolvidas em sala de aula, nas diversas disciplinas de Enfermagem, nos diferentes níveis de formação, bem como em pesquisa da área.

Este livro consiste, portanto, em uma significativa contribuição em relação aos problemas de nosso tempo, no campo da saúde e da Enfermagem, em particular.

Raimunda Medeiros Germano

## Sumário

### **A integralidade em saúde: desafios para a formação da enfermagem brasileira no século XXI ..... 9**

*Rosalba Pessoa de Souza Timóteo*

*Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra*

### **Integralidade e redes sociais na assistência em saúde: breve reflexão..... 23**

*Ana Elza Oliveira de Mendonça*

*Ana Tânia Lopes Sampaio*

*Gilson de Vasconcelos Torres*

### **Avaliação das ações do programa de controle de hanseníase no Rio Grande do Norte..... 39**

*Clélia Albino Simpson*

*Francisco Arnaldo Nunes de Miranda*

*Cléa Maria da Costa Moreno*

### **Desmame precoce: motivos atribuídos pelas mães ..... 55**

*Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos*

*Gisélia Tsutae Kitayama Cabral*

*Akemi Iwata Monteiro*

*Raul Amaral de Araújo*

### **A vida em nove luas: uma experiência educativa com gestantes na Estratégia Saúde da Família ..... 71**

*Magna Celi Pereira Felipe*

*Márcia Lélis Rocha Corrêa*

*Ricardo Henrique Vieira de Melo*

*Rosana Lúcia Alves de Vilar*



**Trajetória da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB de 1994 a 2004 contada pelas enfermeiras ..... 91**

*Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos*

*Lenilde Duarte de Sá*

**Contribuição da enfermagem na implantação do programa saúde da família no distrito sanitário norte em Natal/RN ..... 107**

*Lygia Maria de Figueiredo Melo*

*Soraya Maria de Medeiros*

**História e memória do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal (RN): 1909-2000 ..... 125**

*Djailson José Delgado Carlos*

*Raimunda Medeiros Germano*

*Maria Itayra Padilha*

**Tratamento de feridas na atenção básica: uma revisão da literatura.....149**

*Maria Izabel dos Santos Nogueira*

*Gilson de Vasconcelos Torres*

**Riscos ocupacionais em trabalhadores de enfermagem..... 159**

*Cleonice Andréa Alves Cavalcante*

*Soraya Maria de Medeiros*

**Análise da situação vacinal das enfermeiras do programa saúde da família do município de Parnamirim/RN..... 177**

*Cleonice Andréa Alves Cavalcante*

*Nicelha Maria Guedes de Albuquerque*

*Bertha Cruz Enders*

*Soraya Maria de Medeiros*

# **A integralidade em saúde: desafios para a formação da enfermagem brasileira no século XXI**

*Rosalba Pessoa de Souza Timóteo  
Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra*

## **Introdução**

A integralidade, nos últimos anos, vem sendo tema de discussão em vários campos do conhecimento. Tal debate reafirma a sua perspectiva polissêmica, que orienta a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde e para os processos formativos.

Como afirma Mattos (2001), existe um conjunto de sentidos que, no campo da saúde, expressa-se em muitos possíveis sentidos, convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos. De acordo com Mattos (2004a), esses sentidos designam um aspecto desejável nas práticas de saúde, nas formas de organizar os serviços ou mesmo nas respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde, convergindo para atributos das práticas dos profissionais de saúde, para aspectos relativos à organização dos serviços, e para políticas públicas que respondam às necessidades e aos problemas de saúde.

Essa compreensão implica em repensar as maneiras como se estruturam, organizam e operam os processos de formação

dos profissionais do setor da Saúde, e em como ocorrem as estratégias de mudanças desenvolvidas nos diferentes cursos da área, as quais envolvem, dentre outras possibilidades, modificações de conteúdos, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem. Isso permite avançar em direção a uma concepção de trabalho mais parceira entre os setores envolvidos nesses processos, desde a esfera da gestão à participação e controle social (MACHADO et al., 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HORTALE, 2004).

Dessa forma, as questões socioculturais e os problemas cotidianos das práticas profissionais precisam ser contemplados como elementos centrais do trabalho curricular, traduzindo concepções políticas e filosóficas que estarão orientando aquele processo de formação em seu conjunto. A produção do cuidado se mostra como possibilidade de interação profunda, ética e dialógica entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, sendo o cotidiano dos serviços de saúde o espaço de confronto dos desafios dessa produção, na medida em que exigem mediações entre estudantes, docentes, profissionais, gestores e comunidade (MATTOS, 2004b; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

O presente artigo visa, portanto, refletir sobre a integralidade do cuidado e suas implicações para o processo de formação em Saúde/Enfermagem, por ser um importante eixo a ser percorrido em busca de uma atenção mais digna, equânime, ética e democrática. Um cuidado que, em sua integralidade, possibilita relações entre sujeitos que cuidam e são cuidados, ensinam e aprendem, gerenciam e executam num permanente fazer, refazer, pensar e repensar coletivo e participante. Mattos (2004b, p. 1414) afirma que “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre subjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos”, sendo necessária para essas práticas uma relação dialética e dialógica.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, reflexiva, a qual utilizou fontes escritas sob a forma de livros, periódicos impressos e *on-line* obtidos em acervos institucionais e particulares, bem como em acesso a bancos de dados, como MedStudents – MEDLINE, Scientific Electronic Library Online – SCIELO, Biblioteca Virtual em saúde – BVS, entre outros. A pesquisa oportunizou a construção de parte de revisão teórica de dissertação de mestrado, como também da elaboração de conferências realizadas por ocasião da 60ª Semana Brasileira de Enfermagem de 2008. Espera-se ainda contribuir com a discussão sobre o tema em nível local e nacional.

## **Algumas considerações sobre o princípio da integralidade**

O sentido da integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, surgido nos EUA, a partir da contestação do modelo biomédico, o qual tendia a recortar analiticamente os pacientes, atentando apenas para o funcionamento do sistema ou aparelho, sendo, sobretudo, reducionista. A formação dos profissionais segundo esse modelo ressaltava as condições estritamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

Os modelos hegemônicos de formação e atenção, determinados pela ênfase ao tecnicismo, às especialidades e à cura das doenças, fortalecem o processo de medicalização da sociedade e consolidam o complexo médico-farmacêutico industrial, principalmente a partir da segunda metade do século XX.

A fragmentação em especialidades transforma o homem em pedaços orgânicos, descaracterizando-o como ser social e histórico, que, estudado e tratado parceladamente, é reduzido a um amontoado de objetos de trabalho em saúde, passíveis, como qualquer outro objeto, ao estabelecimento de um valor

de uso e de um valor social e, como tal, aos meios de consumo e de obtenção de lucro (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Condicionada fortemente pelas diretrizes do modelo anteriormente citado, a educação médica/enfermagem enfatiza a visão mecanicista do homem, compreendido como uma máquina que pode sofrer reparos a partir do conhecimento do seu funcionamento e das partes que a compõe (KOIFMAN, 2006). Embora originada de uma metáfora concebida no Renascimento, é ela que revoluciona e dá base ao desenvolvimento científico cartesiano, que se instala fortemente no campo da Biologia, e até hoje exerce hegemonia na medicina ocidental.

A chamada racionalidade humana, pragmática e traduzida pela adoção da monocultura científica, imprime suas marcas indelévels, gerando a cisão de saberes e a própria cisão do homem. Segundo Pinheiro e Luz (2003), de acordo com essa racionalidade moderna que se confunde com a racionalidade científica, o ser humano é dividido em partes, sendo a razão hierarquicamente superior, separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos, progressivamente, consideradas apenas partes que são vistas como peças fragmentáveis.

Sabemos que a nossa formação nos ensina a deslocar os objetos de seu contexto, separar as disciplinas uma das outras, unificar o que é múltiplo, simplificar o complexo e eliminar o que é incerto ou contraditório, ocasionando o aparecimento de relações inumanas, deterministas, formalistas e quantitativas que dissolvem tudo o que é subjetivo, livre, afetivo e criador (MATTOS, 2001).

Juntamente com o cientificismo e a tecnoburocracia, modelos de formação até hoje praticados constituem as grandes contradições do processo de mudança almejado, pois, se por um lado, o desenvolvimento tecnológico favorece a elucidação de complexos quadros mórbidos e oportuniza de forma cada vez mais competente a cura, por outro, dificulta o acesso, discrimina e distancia os profissionais do usuário e distorce a formação pela perda da dimensão totalizadora do homem e da sociedade.

Os adeptos do movimento integral fizeram críticas veementes às atitudes reducionistas e fragmentárias que, durante muito tempo, foram produzidas nas escolas de formação de profissionais de saúde, por meio de um currículo que privilegiava a atuação nos laboratórios e nas instituições hospitalares.

No Brasil, as críticas direcionadas a essa concepção de mundo e os movimentos em prol de um novo modelo de atenção à saúde, desencadeados nos anos de 1970 e 1980, favoreceram a associação da medicina integral à medicina preventiva, propiciando uma renovação teórica no modo de conceber saúde como campo de relações sociais, além de reformas curriculares de escolas médicas que pudessem formar profissionais capazes de apreender os pacientes e suas necessidades, de modo mais integral (MATTOS, 2001).

Albuquerque e Stotz (2004) colocam que o conceito de integralidade é relativamente novo na saúde brasileira, uma vez que emana do Movimento de Reforma Sanitária e se concretizou com a Constituição Federal de 1988, estando presente nos textos de antigos programas, como o Programa de Assistência Integral da Mulher – PAISM e das Ações Integradas de Saúde (AIS) – considerados um dos primeiros movimentos concretos em busca da promoção e prevenção da assistência. Os autores partem da análise do tema da educação em saúde nos serviços e da formação profissional, refletindo sobre a ação dialética de ensino e aprendizagem, que envolve os copartícipes do processo de construção da saúde.

## **A prática profissional na perspectiva da integralidade**

A integralidade, em relação à prática profissional, deve se contrapor à abordagem fragmentária e reducionista, como forma de encarar os indivíduos. De acordo com esse modelo, os sujeitos não se reduzem a uma patologia ou lesão que lhes causam sofrimento, e nem a um corpo com possíveis lesões

ainda silenciosas. Eles devem ser apreendidos como sujeitos portadores de sonhos, desejos, sentimentos e aspirações, e não como se fossem apenas portadores de doenças. Isto posto, como afirma Restrepo (1998, p. 18), já que devemos estar cada vez mais dispostos a reconhecer que o tipicamente humano, o genuinamente formativo, não é a operação fria da inteligência binária, pois as máquinas sabem dizer melhor que nós que dois mais dois são quatro. O que nos caracteriza e diferencia da inteligência artificial é a capacidade de emocionar-nos, de reconstruir o mundo e o conhecimento a partir dos laços afetivos que nos impactam.

A não formação profissional em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS apresenta-se como uma limitação ao seu processo de implantação. Machado et al. (2007) colocam que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores; e não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população, aceitando que há alternância de saberes e práticas em cada núcleo constituído das profissões de saúde e no campo de atenção integral à saúde.

Alves (2005, p. 43), em relação à assimilação da integralidade na prática profissional, coloca que

integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, *locus* de exercícios de racionalidades, seja este de manutenção do modelo assistencial vigente e

hegemônico – marcadamente reducionista, biologista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e participação social, e pelo estabelecimento de bases educacionais centradas na autonomia, na flexibilização e na interdisciplinaridade, o modelo de saúde em construção propicia os alicerces para a construção de um projeto político educacional, com vistas a superar o modelo flexneriano de formação, o que vem sendo arduamente perseguido por alguns cursos da área da saúde, nos últimos 20 anos.

Ceccim e Feuerwerker (2004), corroborando com os autores citados, afirmam que seria necessário, além das mudanças na organização dos serviços, mudanças na formação profissional que viabilizassem a integralidade na atenção à saúde, ampliando e desenvolvendo uma dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, possibilitando que se tornem mais responsáveis pelos resultados das ações e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde/doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais.

Particularmente, a Enfermagem tem se apresentado à frente desse processo, acumulando experiências e produções teóricas sobre o tema, bem como vivenciando projetos inovadores na formação do enfermeiro e nos demais níveis de ensino. Esses projetos extrapolam a concepção pedagógica tradicional, pela vivência de situações de aprendizagem multidisciplinar, as quais favorecem o exercício de uma nova prática baseada na integralidade e onde se assumiram dois eixos básicos.

De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a aceção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico



paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatorios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício da apreensão do contexto de vida dos pacientes. E são lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam menos plasmados pelos recortes das especialidades (HENRIQUES; ACIOLI, 2008).

Todavia, tais iniciativas ainda se apresentam iniciais e insuficientes, se levarmos em conta as rupturas e distanciamentos ocorridos entre o ser que é cuidado e o ser cuidador. Pois a acumulação histórica do conhecimento em saúde baseia-se na lógica binária de “causa e efeito”, no pensamento linear e no padrão excludente traduzido pela expressão “ou/ou”.

O que ainda se observa fortemente nas faculdades e escolas é a preocupação com a instrução formal/conteudista, o adestramento para o consumo de tecnologias e o treinamento para o uso de equipamentos e materiais de ponta, que distanciam o profissional do usuário e comprometem cada vez mais o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado. Também persiste o preparo profissional para o domínio da tecnociência, em detrimento da prática, das interações, dos sentimentos, das emoções e das relações entre as pessoas.

Dessa forma, a integralidade teria relação com uma atitude profissional que seria desejável, que não reduzisse o paciente à sua patologia, ao aparelho ou ao sistema fisiológico que estaria produzindo o sofrimento, mas sendo uma atitude para uma boa prática, na qual o profissional da saúde agiria de forma integral, aproveitando o encontro com o outro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não estivessem envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento (MATTOS, 2001).

Na perspectiva integral, o profissional deve ter um olhar mais atento e totalizante do sujeito, sendo capaz de compreender as suas necessidades. A abordagem não deve se restringir à assistência curativa, sendo necessária a articulação das ações assistenciais e das ações preventivas.

Mattos (2004b) diz que é preciso defender a integralidade, pois defendê-la seria, antes de tudo, defender que as práticas em saúde sejam sempre intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde procurem estabelecer uma relação com sujeitos e não com objetos. É preciso manter uma prática de conversação que possa ampliar os conhecimentos, no contexto de cada encontro, a respeito das necessidades do sujeito com o qual se mantém um relacionamento, para reconhecer amplamente o conjunto de ações que poderão ser postas em prática (como, por exemplo, ações de aconselhamento e práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que são apreendidas.

Sendo assim entendidos, o foco dos projetos terapêuticos não é simplesmente a aplicação dos conhecimentos que os profissionais detêm sobre a doença. Numa perspectiva integral, os projetos terapêuticos surgem do diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Para a existência desse diálogo, é preciso compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Para haver o entendimento, a compreensão, é preciso que o profissional reconheça a necessidade trazida pelo outro a partir de seus sentimentos, seus desejos, suas aspirações, seus medos e seu sofrimento.

## Considerações finais

Mesmo não sendo uma tarefa fácil, é preciso considerar que a integralidade não é uma utopia, como muitos acreditam. A transição para esse modelo pode demorar a acontecer e pode até ser que nunca aconteça, mas é preciso manter a esperança, é preciso transformar e apoiar propostas que já concretizaram essa aparente utopia. Exemplos disso são: a proposta de

acolhimento, na qual nenhuma pessoa deve sair de um serviço de saúde sem alguma resposta concreta desse serviço; as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços; a ideia de clínica ampliada; o enfoque no cuidar, dentre outros.

A primeira delas é formar o enfermeiro com competências que o qualifiquem a compreender e a trabalhar o conceito ampliado de saúde, como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, relacionando-o ao acesso aos bens e serviços essenciais, aos condicionantes dos níveis de vida e saúde da população e sendo a expressão da organização social e econômica do país. Para tanto, chamamos a atenção não só para as competências legalmente estabelecidas para a formação do enfermeiro, mas, primordialmente, para o desenvolvimento de uma competência solidária traduzida como o ingrediente ético-político na busca de soluções estruturantes e sustentáveis para os complexos problemas de saúde (ASSMANN; MO SUNG, 2000).

A Educação em saúde deve ampliar a ação para além da visão técnica, quantitativa, burocrática e funcional, insuficientes para a compreensão da complexidade humana. Implica na compreensão do educador como sujeito social responsável pela “formação” de outros sujeitos e, como tal, detentor da competência pedagógica que o capacite a nortear o fazer pedagógico a partir da concepção de homem, sociedade, processo saúde/doença e Enfermagem prevista no Sistema Único de Saúde e no Projeto Político Pedagógico do Curso. Bem como a concretizar cotidianamente (no microespaço da sala de aula) o projeto contra-hegemônico para a saúde, fundamentado nos princípios e referências que fundamentam a formação em Saúde/Enfermagem.

O desafio diz respeito à hominização como retorno da condição humana – com o homem como ser integrante da Terra. O papel da educação, na luta contra a exclusão, no alerta ao crescimento econômico apartado do crescimento social e na insistência de um modelo solidário de educação e saúde, exige a

renovação da prática pedagógica. A importância da humanização é primordial para a educação voltada para a condição humana, como pertencente e integrante da Terra. Assumir a integralidade na educação e na formação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como seres que sabem, sabem que sabem, sabem por que sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem não ser importante, agindo conseqüentemente aos seus saberes (MORIN, 2003).

Outro desafio consiste em alicerçar a formação em outras bases paradigmáticas. É estar disposto a despojar-se de valores e condutas tidos como verdades, para conceber o mundo sob outra dimensão. É preciso sentir, pensar, falar e agir a partir uma nova estrutura mental e de novas ideias, que integrem e integrem o fazer em saúde, tornando-o um processo onde se realiza o acolhimento. É superar o interdito que separa a inteligência da afetividade, pois o que caracteriza o pensamento e a cognição humana, e que nenhuma máquina jamais irá suplantar, é a capacidade de emocionar-se, relacionar-se e solidarizar-se.

Negar a importância das cognições movidas pela emoção é perpetuar uma razão apática, acrítica e mantenedora de interesses distantes de sentimentos e afetos, pois – voltamos a dizer – o que caracteriza o pensamento e a cognição humana, e que nenhuma máquina jamais irá suplantar, é a capacidade humana de emocionar-se, de reconstruir o mundo e o conhecimento a partir do componente afetivo presente em todas as manifestações da convivência.

A dissociação entre a cognição e a sensibilidade aparta de tal forma o homem da natureza e o homem do próprio homem que, em sua cegueira afetiva, passa a enxergá-los apenas como recursos para a sua utilização, dominação e consumo. Trata-se por excelência de um tema ético, que nos obriga a nos aceitar como seres corrompidos, fragmentados e cindidos, e, nesse sentido, carentes da sensorialidade (PRIGOGINE, 2001).

Sermos ternos com o mundo, com os objetos e com os outros implica em inverter a lógica da obtenção e do poder, para nos colocarmos diante de um movimento incerto, de uma apreensão delicada e de uma disposição de aceitar o diferente, para aprendermos com ele(s) a sua singularidade, sem, no entanto, submetê-lo(s). Podemos, então, falar de ternura na política, na pesquisa, na academia e nas nossas relações cotidianas, sem cairmos na armadilha de confundi-la com a facilitação, a melosidade, a submissão e a complacência. Enveredar pelo caminho da ternura requer ainda a clareza da possibilidade da crueldade e da violência, das manipulações e dos jogos de sedução que conduzem emocionalmente a pessoa a envolver-se com os interesses de outrem (RESTREPO, 1998).

O apelo à ternura, portanto, é um apelo à sensibilidade daqueles que fazem educação e saúde. É um apelo a nós, enfermeiros, educadores, pesquisadores, gestores, que estamos lidando cotidianamente com seres humanos e natureza, sendo movidos por novos conceitos, tais como: integralidade, interdisciplinaridade, flexibilidade, complexidade, solidariedade e acolhimento.

O que deve permanecer, ao final de um período de formação acadêmica, não é só um acúmulo de conhecimentos, mas, essencialmente, um conjunto de princípios, valores, atitudes e comportamentos que moverão a capacidade cognitiva do educando em seu futuro profissional. Nesse sentido, é preciso refletir sobre o pensar e o agir integralmente, sem escusar da capacidade do sentir e do criar. Precisamos, pois, despojar-nos da lógica mecânica, inerte e simplista, para nos assumirmos como capacidade criativa e emocional do (re) ligamento da integralidade e do acolhimento.

## Referências

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.

ASSMAN, H.; MO SUNG, J. *Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança*. Petrópolis: Vozes, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-133.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, A. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular na FENF UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/ABRASCO, 2008. p. 295-307.

HORTALE, V. A. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1398-1399, set./out. 2004.

KOIFMAN, L. Editorial. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 111-113, set./dez. 2006.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004a.

MATTOS, R. A. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 91-92, maio/ago. 2004b.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.

PRIGOGINE, I. *Ciência, razão e paixão*. Belém: EDUEPA, 2001.

RESTREPO, L. C. *O direito à ternura*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

# Integralidade e redes sociais na assistência em saúde: breve reflexão

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Ana Tânia Lopes Sampaio

Gilson de Vasconcelos Torres

*Pensar no cuidado como valor e redes sociais é antes de tudo dar espaço para a diversidade, para as contradições, é tornar possível que se institua o apoio social como prática de saúde por parte dos profissionais.*

*A valorização das redes do apoio social existentes torna possível a compreensão de que o cuidado, ao longo dos itinerários terapêuticos pode ser feito fora do modelo biomédico. É efetivar a integralidade.*

Tatiana Gerhardt

## Introdução

A integralidade da assistência em saúde é um tema que se anuncia desde o ano de 1980, como componente das políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo o discurso do movimento sanitário. Na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1994), é legitimada como diretriz para implantação do Sistema Único de Saúde e, mais recentemente, foi reforçada na XI Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), que tinha



como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde (CAMPOS, 2003).

De acordo com Pinheiro e Mattos (2001), a integralidade no campo das práticas é assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – no qual se constroem a integralidade no ato da atenção individual, e no plano sistêmico – com o qual se garante a integralidade das ações na rede de serviços), em que os aspectos subjetivos e objetivos são considerados.

Pautado nesse referencial de integralidade, de 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNAHA) iniciou ações em hospitais, com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador (BRASIL, 2000). Essas iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores, e banalizada pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas para a crise da saúde, identificada por muitos como a incompetência do modelo assistencial adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Por um lado, os usuários reivindicavam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; por outro, os profissionais lutavam por melhores condições de trabalho. Diante desse contexto, a *humanização* é assumida como uma das estratégias necessárias; ainda que a palavra “humanização” não apareça em todos os Programas e ações, e que haja diferentes intenções e focos entre eles, vai se estabelecendo uma nova relação entre humanização e qualidade na atenção e satisfação do usuário (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2007).

Como profissionais da saúde, num processo sempre inacabado, vemo-nos, diariamente, diante de textos, livros, manuais

que orientam uma prática humanizada. Isso tem nos deixado inquietos. Afinal, o que seria humanizar? De que humanização estamos falando? Aliás, é possível humanizar o humano?

Preocupa-nos a simplificação do complexo, a banalização do termo “humanização” no âmbito do cuidado em saúde. A padronização das relações entre as pessoas e as coisas parece resolver toda a questão de uma civilização em crise. O discurso da Humanização passou a ser o salvador da pátria, e parece um desespero contemporâneo resgatar o humano. Métodos, gestos e coisas parecem definir ações humanizadas. A que ponto chegamos!

Cientes da complexidade desse humano (*homo*) e da influência da cultura, do meio social, dos sentimentos e das emoções no seu cotidiano em evolução, ousamos, na nossa prática, adotar a concepção de “humanescência” ao invés de “humanização”. Humanescência como a expansão das capacidades natas do humano, ou seja, um processo evolutivo que possibilita o despertar das essências humanas (*humanescer*) adormecidas pela *coisificação* do processo civilizacional e que prevalece na contemporaneidade da espécie *homo*.

Segundo Benevides e Passos (2005), a humanização expressa ações fragmentadas, amparada por um conceito frágil e impreciso e, muitas vezes, é erroneamente vinculada ao sentido de voluntarismo, assistencialismo, paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico.

Não podemos retomar o conceito de humanização sem considerar o cenário no qual ele vem ganhando destaque crescente, ou seja, em programas no campo da saúde pública. Tal concentração temática indica o que poderíamos chamar de um modismo que, como tal, padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática (CAMPOS, 2003).

A Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Os termos postos aqui em contraste não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados, então, a inverter a afirmação de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para, em seguida, aplicá-los a uma realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No nosso entendimento, as mudanças de práticas exigem, primeiramente, mudanças dos sujeitos, ou seja, algo de dentro para fora e não de fora para dentro, como, de forma predominante, vem sendo proposto na Política de Humanização do Ministério da Saúde.

Campos (2003) reforça ainda que modificar os modos de construir as políticas públicas de saúde requer o enfrentamento de um modo de assistir pautado nas especialidades, fragmentado e fragmentador, compreendido como especificidade da humanização em determinadas áreas.

Se trouxermos essa discussão para o campo da atenção à saúde, tem-se a integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, como uma possibilidade de enfrentamento ao modelo fragmentador vigente. Na visão de Pinho, Siqueira e Pinho (2006), a Integralidade, como diretriz básica do SUS, deve ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência holística; isto é, visão abrangente do ser humano como ser dotado de sentimentos, desejos e aflições.

Não há nenhuma dúvida quanto ao entendimento do princípio da integralidade ser efetivamente um anseio que o SUS elege como norteador do sistema de saúde. Desse modo, não seria pertinente pensar numa “política da integralidade”, já que

o atendimento integral é também uma diretriz constitucional? Portanto, não se resumindo a um princípio doutrinário, mas também a um princípio organizativo?

Podemos tomar como exemplo a humanização que foi oficialmente adotada como política pública de saúde no Brasil, devendo estar se efetivando e concretizando a partir das suas práticas de saúde e dos diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos e processos efetivos de transformação e criação de realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O cuidar e o gerir se tornam, na realidade, uma só ação nos processos de trabalho em saúde, de tal modo que não há como gerar mudanças nos modos de atender a população num serviço de saúde, sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, decisão, participação e avaliação. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que possam interferir positivamente no relacionamento entre os serviços e outras esferas do sistema, garantindo, assim, práticas de corresponsabilização e de cogestão (PASCHÉ, 2007).

Conforme Benevides e Passos (2005), o grande desafio é efetivar a integralidade, que requer o exercício da democracia, da solidariedade e da inclusão, dentro e fora da academia. Considerando a complexidade da definição de saúde, incluem-se nessa compreensão as concepções e percepções das próprias pessoas, de sua capacidade de influência na própria vida e no processo saúde/doença.

Nesse sentido, saúde, assumida na Constituição de 1988 não mais como ausência de doença, é algo em constante mudança, uma sucessão de compromissos com a realidade em direção à responsabilização com as condições para possibilitar o bem-estar físico, mental e social. A conquista dos meios capazes de proporcionarem a regulação das variações do estado orgânico, as adaptações necessárias ao meio, a

realização dos desejos e a liberdade de ação individual e coletiva, potencialmente capazes de proporcionarem bem-estar (FLEURY, 2007).

Na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (CAMPOS, 2003). Enfrentamos, em nossa prática, o desafio de promover a saúde, compreendendo as relações entre sujeitos, seus saberes, suas condições e projetos, o que, sem dúvida, é uma tarefa complexa diante das nossas limitações.

Assim, o artigo tem por objetivo discutir reflexivamente como as redes sociais, em sua complexidade, podem promover a saúde e a vida da população, reconhecendo sua pluralidade de necessidades e especificidades, centrando-se no ser humano de forma individual e coletiva, tornando possível, assim, a integralidade da assistência em saúde.

Dentro dessa concepção, visa também despertar nos profissionais de saúde maior interesse pelos resultados das práticas de atenção, com sensibilidade, criatividade e reflexividade, fortalecendo a capacidade de acolhimento e vínculo com os usuários das ações e dos serviços de saúde, bem como maior sensibilidade em relação às dimensões do processo saúde/doença, tanto no âmbito do modelo clínico quanto no do epidemiológico.

## **Redes sociais e saúde**

No mundo globalizado e instável em que vivemos, deparamo-nos com os desafios da construção da cidadania democrática, que requer a compreensão de um novo conceito de redes sociais permeando os caminhos da sociologia e da saúde coletiva. O conceito de rede social, segundo Fontes (2004), ainda está em fase de sistematização teórica e metodológica, mas se

configura como um poderoso recurso para explicar o potencial mobilizador da sociedade civil, grupos sociais e instâncias de poder dos governos municipais e locais.

Martins e Fontes (2004) reforçam ainda que, na teoria da rede social, não se enfatizam ganhos ou perdas materiais, mas o que circula na vida social em favor da organização coletiva. Uma vez que a atuação de maneira distinta, de forma separada, como se cada um dos setores tivesse um cenário próprio, tem sido considerada como insuficiente para a complexidade dos problemas que afetam a sociedade. Segundo Fontes (2004), a expressão “rede social” é utilizada pelas ciências sociais como ferramenta de análise das conexões interpessoais constituídas no cotidiano dos processos interativos dos indivíduos e de suas afiliações a grupos.

No entendimento do autor, esses processos interativos são a chave para a compreensão dos fenômenos subjacentes à organização da sociedade, pois conhecer as inserções dos indivíduos em suas práticas cotidianas de sociabilidade nos permite inferir sobre as suas possibilidades de acessar os recursos e também sobre a sua posição na sociedade, ou seja, permite compreender as complexas inter-relações existentes entre as organizações.

Para Lacerda et al. (2006), o conceito de rede social tem sido utilizado em diferentes circunstâncias e contextos, na descrição e análise de processos políticos, como ferramenta clínica em práticas de saúde e como estratégia de ação coletiva. Para os autores, a rede social, mais do que um simples conjunto de pessoas, é uma teia de relações nas quais os sujeitos estão conectados pelos laços e vínculos sociais.

Para atender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, requer-se uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade, considerando que o processo saúde/doença é determinado pela experiência subjetiva dos indivíduos e dos membros da comunidade, mais do que pelos aspectos clínicos e físicos. Isto exige considerar tanto

esses aspectos pessoais, como também os aspectos comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas redes de apoio para o enfrentamento da situação (LACERDA et al., 2006).

Diante desse fenômeno, surge, então, a necessidade de estabelecer um diálogo conjunto entre os diferentes segmentos para a responsabilidade coletiva face à crise social, na qual as ações em saúde têm particular relevância na qualidade de vida das pessoas e no desenvolvimento social (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Na visão dos autores, a compreensão de rede como um sistema complexo, com seus nós e entrelaçamentos, considerada como um fato social traz a reflexão sobre as práticas cotidianas e a realidade social, pois existe um crescente movimento pela renovação dos conhecimentos e atualização dos processos e das formas de organização do trabalho, como também dos métodos e tecnologias para a sua efetivação.

Assim, face a essa nova ordem, profissionais, pesquisadores e educadores precisam abrir-se para o mundo, estreitando relações de trocas, intercâmbios e reciprocidade. Essa dinâmica exige uma participação competente, com uma cultura de rede, que pressupõe esse intercâmbio e inter-relacionamento para a adequação à evolução e complexidade do atual ambiente socioeconômico-cultural (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Na busca de aprimorarmos essas reflexões, achamos pertinente o aprofundamento sobre a interdisciplinaridade, que, conforme Junqueira (2005), consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde, caracterizando-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas para resolver os problemas de saúde que afetam a população. Isto nos autoriza a pensar que o conhecimento produzido em nossa sociedade traz em si a relação simultânea, complementar, recursiva e hologramática das condições socioculturais que se estabelecem entre os sujeitos em suas vivências.

Para Meirelles e Erdmann (2006), quando pensamos em interdisciplinaridade, estamos adotando a visão de totalidade que considera o tempo, o espaço e o contexto social, ético, político, econômico e outros que constituem o real, em um movimento dialético, complexo, tendo em vista as suas múltiplas determinações. Estamos abandonando o pensamento que separa o que está ligado, que unifica o que é múltiplo e que simplifica o que é complexo, percebendo as interações e ligações entre os fenômenos. Compreendemos também que este é o pensamento que pode dar conta do pensar e do agir na perspectiva de promoção da saúde.

Assim, alguns dos desafios para promover a saúde na América Latina implicam trabalhar na perspectiva do sujeito, em todas as suas dimensões, como centro da ação; na superação da hegemonia de um conhecimento sobre o outro e no aceite e incorporação de outros saberes e racionalidades, resgatando e preservando culturas; no trabalho voltado ao não predomínio do poder de uma corporação sobre outra, nas práticas de trabalho cotidianas.

Dessa forma, temos o desafio da pluralidade, isto é, a defesa da diversidade necessária para a construção de novos modelos de cidadania. Devemos ter coragem de defender a diversidade – a defesa dos direitos e da equidade, porque é esta diversidade que é a nossa riqueza (MEIRELLES; ERDMANN, 2006). Não acreditamos em mudanças de comportamento se o conhecimento não for corporalizado pelo indivíduo, se não forem consideradas suas histórias de vida.

Assim, salientamos que, para atingirmos com êxito os programas de intervenção na saúde de indivíduos e comunidade, devemos estar culturalmente sensíveis, contando com informações detalhadas, derivadas da investigação e participação ativa de todos os recursos humanos e instituições disponíveis, desde profissionais, investigadores interdisciplinares, até educadores, líderes sociais, religiosos, membros e instituições dessa comunidade.



## O enfermeiro e o cuidado integral

Passaremos agora a discorrer sobre a integralidade do cuidado na visão do profissional de Enfermagem, uma vez que temos o cuidado como prática articuladora e presente nos diversos espaços de nossa competência profissional, e também por ter esse profissional uma participação significativa nas inter-relações complexas envolvidas no contexto da saúde.

Historicamente, a prática do enfermeiro no campo da saúde se restringiu ao aspecto assistencialista dos programas de saúde. Com a reforma constitucional de 1988, o campo da saúde vivencia profundas transformações, tendo agora um Sistema que envolve três níveis de atenção: promoção, proteção e recuperação; e três níveis de complexidade da assistência: Atenção Básica, Média e de Alta Complexidade (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Como políticas públicas sociais, a lógica de Sistema e de Unicidade reflete nos espaços das práticas do enfermeiro. A saúde deve ser compreendida, agora, como uma possibilidade a ser alcançada, contudo num plano que transcende ações de domínio exclusivo da Enfermagem. Esse aspecto assume relevância na promoção da saúde, pois impõe o desafio de trabalhar para superar a fragmentação da atenção e do cuidado, em uma perspectiva transversal e trans-setorial, permitindo a abordagem integral dos sujeitos e da coletividade, assim como o diálogo entre os setores do Estado, sociedade e comunidades, nos quais a Enfermagem atua e está inserida (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

A prática sanitária da vigilância à saúde adotada pelo SUS exige do enfermeiro, no âmbito das ações, uma atenção integral, tendo a Atenção Básica como espaço organizativo e porta de entrada preferencial do Sistema. Nesse sentido, são requisitos para a atuação do enfermeiro: o conhecimento do território de saúde, a formação de vínculos com a comunidade e o planejamento intersetorial de forma a garantir o acesso do

usuário aos diferentes níveis de atenção e de complexidade da assistência (JUNQUEIRA, 2005).

Cada vez mais vislumbramos uma atenção pautada na concepção ampliada de saúde proposta pelo artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, o qual demanda para o Sistema uma rede de cuidados progressivos. Sabe-se que tal concepção de rede é fundamental para a inter-relação de diferentes setores, como lazer, trabalho, segurança social, educação, transporte, entre outros, necessários para atender às demandas dos indivíduos e comunidades, considerando que o processo de produção da saúde e da doença não se faz apenas na esfera da saúde, mas como uma construção histórico-social diante da diversidade e da pluralidade das situações vividas.

A Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de Nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, destacando como atribuição do enfermeiro: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BONET; TAVARES, 2006).

As instruções normativas do Ministério da Saúde têm reforçado, em suas orientações, que os problemas de saúde exigem do enfermeiro uma prática em saúde que qualifique a vida, voltada para a transformação da realidade, atribuindo-lhe a responsabilidade na participação ativa em estratégias de articulação interinstitucional e intersetorial e com a visão complexa (BONET; TAVARES, 2006; MEIRELLES; ERDMANN, 2006; JUNQUEIRA, 2005).

A Portaria GM 648/06 (BRASIL, 2006) destaca, ainda, como fundamento da prática de saúde, efetivar a integralidade em

seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe (desenvolver relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adstrita) e coordenação do cuidado na rede de serviços; garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Pode-se concluir que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto dos serviços de saúde. Nesse sentido, os serviços devem ser organizados de forma aberta, para assimilar também necessidades não previstas em rotinas e protocolos.

## **Considerações finais**

Efetivar a integralidade é pensar no cuidado como valor e nas redes sociais como possibilidade de avanço. Também significa dar espaço para a diversidade, para as contradições, tornar possível que se institua o apoio social como prática de saúde por parte dos profissionais. Precisamos reconhecer que a valorização das redes do apoio social existentes torna possível a compreensão de que o cuidado, ao longo dos itinerários terapêuticos, pode ser feito fora do modelo biomédico.

Os profissionais de saúde precisam reconhecer a necessidade das redes de apoio social como um componente importante para um melhor entendimento das necessidades do outro, além de estudar as estratégias da população de baixa renda no enfrentamento dos problemas cotidianos, em relação à alimentação e ao cuidado em saúde como ponto de partida para suas ações. É preciso realizar análises aprofundadas da realidade através de uma observação fina das representações e das práticas das populações envolvidas.

Reconhecemos também a importância do tema para a academia, frente à necessidade de aproximação de diferentes áreas do conhecimento para a abordagem de um objeto complexo, como é o caso da saúde. Isto posto, pensar no cuidado como valor e no cuidado como redes sociais é valorizar o apoio social da comunidade nas redes sociais formais e informais. É também apoiar e inserir aqueles que não pertencem a um sistema de apoio, amenizando as suas necessidades materiais e sociais. E é ainda reconhecer os indivíduos, como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objeto de práticas e prescrições.

É notório que a política de saúde, expressa no contexto do SUS, e as demais políticas públicas não têm avançado em direção à qualidade de vida, privilegiando a cidadania, a participação e a equidade. Dessa forma, a organização social, com ênfase nas redes sociais, poderá melhor contemplar as necessidades político-sociais na institucionalização do SUS, independentemente das disputas de poder, tão presentes na definição dos rumos da sociedade brasileira.

Problematizar essas questões, que incluem saberes e práticas em saúde não institucionalizadas, ou seja, que são partilhadas por outras instâncias da sociedade como a família, a escola, a comunidade, é um passo importante para apreendermos o cuidado como uma ação integral, que se afasta da intervenção na qual se exerce o poder-saber técnico e se aproxima do cuidado que implica em inter-relações e interações com o outro individual e o coletivo.

Precisamos identificar e respeitar as convergências e as divergências entre as práticas e saberes dos diferentes atores envolvidos no cuidado e de toda a dinâmica que os acompanha, além de ampliar as nossas reflexões muitas vezes restritas a questões técnicas, para dimensões éticas e intersubjetivas das nossas práticas cotidianas nos serviços de saúde, com vistas a defender a integralidade como valor democrático, solidário e inclusivo em todas as situações.

## Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005.
- BONET, O. A. R.; TAVARES, F. R. G. Redes em rede: dimensões inters-ticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 385-400.
- BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2017
- CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, mai./ago. 2003.
- FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, mar./abr. 2007.
- FONTES, B. A. S. M. Sobre trajetórias de sociabilidade, a idéia de rede de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: UFPE, 2004. p. 121-142.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 784-785, 2005.
- LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/JMS/ABRASCO, 2006. p. 445-457.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.) *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: UFPE, 2004.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan. 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 312-314, mar./apr. 2007.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, mar./abr. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. The perceptions of the nurse concerning the completeness of the assistance. *Rev. Eletr. Enferm.* v. 8, n. 1, p. 42-51, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_05.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm)>. Acesso em: 11 abr. 2011.



# **Avaliação das ações do programa de controle de hanseníase no Rio Grande do Norte**

*Clélia Albino Simpson*

*Francisco Arnaldo Nunes de Miranda*

*Cléa Maria da Costa Moreno*

## **Introdução**

A hanseníase é um sério problema de Saúde Pública nos países em desenvolvimento. Durante séculos, a inexistência de terapêutica eficaz contribuiu para a permanência dessa doença. Sendo este um dos motivos para essa enfermidade ser uma das importantes causas de invalidez nos países em desenvolvimento. O estigma ou preconceito social que a ela se associa, assim como a elevada transcendência contribui para o agravamento do problema (BRASIL, 2001 apud SANTOS et al., 2007).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo que atinge a pele e os nervos periféricos e causa sérias incapacidades físicas e sociais quanto mais tardio forem o diagnóstico e o tratamento (GALLO, 1998 apud SANTOS et al., 2007).

O Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, um compromisso não efetivado, sendo reconsiderado como meta para 2010. Para alcançar essa meta, ou seja, a eliminação da



hanseníase, uma das principais estratégias utilizadas pelo governo brasileiro foi a ampla descentralização do Programa de Controle da Hanseníase para os municípios, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005).

No Rio Grande do Norte, o Programa de Controle da Hanseníase passou por uma reestruturação a partir de 1996, quando o banco de dados foi informatizado e teve suas informações confrontadas com os dados das unidades de saúde municipais e das regionais de saúde. Em 1997, o estado passou a receber apoio da ONG inglesa *The Leprosy Relief Association* – LRA, o que possibilitou a realização de cursos anuais de capacitação para os municípios, iniciando-se efetivamente o processo de descentralização do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) (NOBRE, 2004).

É importante ressaltar que, para que as ações do PCH tenham sucesso, é necessário que haja uma integração de ações em toda a rede do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo identificar os fatores que estão interferindo nas ações do Programa de Controle da Hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte sob a perspectiva dos usuários.

## Metodologia

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa operacional, ou Investigação em Sistemas de Saúde (ISS), de caráter descritivo quantitativo.

A Investigação em Sistemas de Saúde (ISS) tem provado ser uma ferramenta extremamente útil para gestores de saúde em todos os níveis do sistema, ao longo dos últimos 15 a 20 anos, ao disponibilizar os dados necessários para a tomada de decisões.

Os critérios de inclusão dos municípios selecionados foram: os municípios com maior taxa de detecção nos últimos três anos. Enfatizamos que, neste estudo, acerca dos municípios que apresentaram o mesmo índice de detecção nos últimos três anos,

selecionamos o de menor número de habitantes, significando maior detecção. Fizeram parte da amostra os seguintes municípios: Região Metropolitana: Natal; 1ª Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP): Nova Cruz; 2ª URSAP: Mossoró; 3ª URSAP: Macau; 4ª URSAP: Caicó; 5ª URSAP: Lages Pintadas; 6ª URSAP: Pau dos Ferros.

A população de estudo compõe-se de 61 usuários dos municípios selecionados que estavam em registro ativo no ano de 2006. Eles foram identificados com base no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN do Estado do Rio Grande do Norte. A coleta de dados realizou-se no período de maio a outubro de 2006, nos seguintes locais: Ambulatório do Hospital de Referência Giselda Trigueiro e o Ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes, ambos em Natal; Ambulatório do Hospital Municipal Monsenhor Pedro Moura, em Nova Cruz; Centro de Saúde de Macau; Ambulatório do Hospital Rafael Fernandes, PAM Bom Jardim, U. S. Santo Antônio, em Mossoró; Centro Clínico Dr. Gerson Feitosa, e PSF Itans, PSF Paulo VI, UBS Paraíba, PSF Boa Passagem, em Caicó.

O estudo seguiu os parâmetros da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, a qual direciona os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. Apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte por meio do Protocolo nº 023/2006. Analisaram-se os resultados a partir da utilização do *software* Microsoft Office Excel, por meio do qual os dados foram consolidados e analisados.

## **Análise e discussão dos dados**

Dos 61 usuários entrevistados, 6,5% pertenciam ao Centro de Saúde de Macau; 11,5% do Hospital Pedro Moura – Nova Cruz; 30,1% do Hospital Giselda Trigueiro; 4,9% do Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal; 8,2% de Caicó, 20,9% do centro de saúde Chico Costa, 11,4% do Hospital Rafael Fernandes e 6,3% do Centro Clínico Prof. Vingt-Un Rosado, estes últimos

em Mossoró. Ressalta-se que, nos Municípios de Lajes Pintada e Pau dos Ferros, no momento em que foi realizada a pesquisa, não havia casos de hanseníase em registro ativo.

A média de idade girou em torno do intervalo de 45 – 48 anos, em que se observou a mínima de 19 e a máxima de 99 anos. Quanto ao sexo, 62,3% eram do sexo feminino. A maioria dos sujeitos (81,98%) estavam empregados e desenvolviam ocupações, como professor, gari, servente de pedreiro, operador de máquinas e cabelereiro. Os que não trabalhavam se caracterizaram como sendo do lar, aposentados, agricultores ou pensionistas.

Em relação à renda familiar: 70,6% recebiam de 1 a menos de 4 salários mínimos; 11,8% recebiam menos do que um salário mínimo; 11,8% recebiam entre oito e menos de 12 salários mínimos; e 5,8% recebiam de 4 a menos de 8 salários mínimos.

As informações coletadas sobre a doença focalizaram o tempo de diagnóstico, o tratamento com PQT, a prevenção de incapacidades, as reações hansênicas e a presença da doença em familiares.

Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, 82,4% haviam sido diagnosticados há mais de um mês, enquanto 17,6% em menos de um mês. Ainda sobre o tempo de diagnóstico em número de meses: 28,6% descobriram-se portadores de hanseníase com 6 meses; 14,3% com 36 meses; e 7,4% com 4 meses; igualmente percentual, respectivamente para com 7, 8, 10, 12, 14, 48 e 96 meses. Observou-se que o tempo médio de diagnóstico foi em torno de 10 meses, sendo o mínimo de 4 meses e o máximo de 96 meses.

Com relação ao tratamento com a poliquimioterapia (PQT), 88,2% faziam uso regularmente e 11,8% haviam concluído o tratamento. Quanto à incapacidade instalada, 88,2% não a apresentavam e 11,8% apresentavam em membros superiores. No que diz respeito às reações apresentadas, 58,8% foram positivas para reações hansênicas e 41,2% negativas.

Em resposta à questão sobre a existência de comunicantes entre os familiares, 88,2% informaram não haver casos e 11,8% confirmaram a patologia na família. Destaca-se que, além da caracterização da clientela e dos dados sobre a doença, priorizou-se a opinião dos usuários sobre a assistência recebida.

Perguntou-se sobre o comportamento de busca em saúde, ou seja, a procura do serviço, e a relação entre o tempo de identificação do problema e o atendimento recebido. Anteriormente ao tratamento específico, 88,2% afirmaram não ter procurado nenhum outro serviço de saúde e somente 11,8% buscaram outra assistência relativa ao seu problema de saúde.

A procura pelo serviço de saúde por demanda espontânea foi de 52,9%, e por encaminhamento, de 47,1%. Ressalta-se que o encaminhamento de referência ocorreu no Hospital Giselda Trigueiro e no Hospital Universitário Onofre Lopes, principalmente, havendo apenas um encaminhamento do Hospital Miguel Couto do Rio de Janeiro/RJ para o Hospital Giselda Trigueiro/RN.

Sobre os motivos da procura espontânea aos serviços de saúde, as motivações, respectivamente relatadas em 14,3% dos casos e de igual percentual, são caracterizadas por todos os motivos dizerem respeito ao aparecimento de nódulos e de dor nos membros; por ser comunicante e apresentar sintomas após a BCG, a exemplo da presença de manchas no rosto; por ter sido orientado pelo filho, mediante panfletos sobre a doença e identificando alguns dos sintomas, tais como o surgimento de manchas nas costas e uma mancha dormente.

Com relação à acessibilidade, ou seja, a localização e a distância da unidade mais próxima da sua residência, 52,9% confirmaram a existência de unidade de saúde e 47,1% desconheciam.

Quanto ao fator tempo relativo à percepção da doença ou à confirmação diagnóstica pelos profissionais de saúde, 28,6% não especificaram o tempo e 14,2% com 1 ano, e assim respectivamente para os casos confirmados com 2, 3, 7 e 15 anos.

O tempo de percepção da doença em dias, meses e anos para o primeiro atendimento na unidade de saúde e confirmação do diagnóstico foi também investigado. Identificou-se que 25,0% afirmaram ter percebido a doença em um período de 4 meses, e 12,5% com 2 meses. Respectivamente, registrou-se igual percentual para 6, 7, 8, 4 e 15 meses. Observou-se ainda que a média de tempo do primeiro atendimento da doença até a sua confirmação foi de 6 meses, com um tempo mínimo de 2 meses e máximo de 15 meses.

No que diz respeito ao tempo em dias, transcorrido entre a percepção do problema e o primeiro atendimento especializado recebido em alguma unidade, identificou-se que: 33,3% receberam atendimento em 7 dias, e 16,7% no transcurso de 3 e 15 dias. Alguns não souberam informar em termos de dias. Em meses: 33,3% em 6 meses, e igualmente para 2 meses, e 16,7% para 1 mês e 7 meses. Nesse caso, a média foi de 4 meses, com o mínimo de 2 meses e o máximo de 7 meses. Em termos de anos: 40,0% não informaram e 20,0% informaram que ocorreu em 2 anos, e igual percentual para 3 e 7 anos. A média foi de 3 anos, com tempo mínimo de 2 anos e máximo de 7 anos.

A demora em perceber a doença e o atendimento na unidade, em dias, meses e anos, foi também investigado. Os resultados apontam que 37,5% não informaram e 12,5% destacaram períodos de 1, 4, 7, 14 e 15 dias. O tempo médio em termos de dias foi de 2 dias, sendo o mínimo de 1 e o máximo 15 dias. Em meses: 40,0% em 1 mês e 20,0% em 6, 7, e 14 meses, enquanto o tempo médio foi de 6 meses, com o mínimo de 1 e o máximo de 14 meses em termos da confirmação diagnóstica. Em anos, igualmente com 33,3% em 2 e 3 anos, e igual percentual para aqueles que não informaram.

As justificativas oriundas desse comportamento de busca à saúde ficam evidenciadas na forma como os usuários acessam a unidade de saúde. Os achados demonstram que a busca de atendimento foi mediante demanda espontânea e devido à

orientação de panfletos, comunicantes, orientação familiar, aparecimento de sinais e sintomas, ou por encaminhamento.

Sabe-se que o programa de controle da hanseníase é operacionalizado por meio da implantação das atividades de controle da doença em todas as unidades de saúde da rede básica do SUS para que toda a população tenha acesso a essas atividades. A atenção integral ao paciente com hanseníase é garantida a partir de uma hierarquização de serviços: atenção básica (unidades básicas de saúde), atenção secundária e atenção terciária (unidades especializadas e hospitais gerais). Além disso, há uma parceria entre organizações não governamentais e entidades governamentais e civis (BRASIL, 2006).

Com relação às atividades de Educação em saúde, dos usuários participantes desta pesquisa, 62,5% indicaram que ouviram falar sobre a doença antes de seu diagnóstico, e 37,5% não tinham sequer ouvido falar antes de serem diagnosticados.

Dos usuários que ouviram falar sobre a doença antes do seu diagnóstico, 27,2% souberam ocasionalmente pela TV e igual percentual de 9,1% por meio de cartazes, rádio, mensagens televisivas, informação da população, ou até mesmo pelo diagnóstico do filho no posto de saúde e pelas atividades de divulgação do posto de saúde mediante o uso de cartaz, panfletos e uso de vídeos.

Abordou-se também a maneira que os usuários receberam orientações sobre Hanseníase antes do diagnóstico. Evidenciou-se que a maioria soube por intermédio dos meios de comunicação e pelos serviços de saúde a partir de cartazes e panfletos. Porém, um número significativo de pessoas não havia tido acesso a orientações antes do diagnóstico.

Frente ao exposto, chama-se a atenção para a importância da educação em saúde. Essa, entendida como uma prática transformadora que deve ser desenvolvida pelas equipes de saúde inerente a todas as ações de controle da hanseníase, incluindo

familiares nas relações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população. Concorde-se que a educação em saúde:

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p. 43).

A acessibilidade do ponto de vista organizacional e geográfico foi parcialmente contemplada por meio do conhecimento dos usuários sobre a existência de unidades de saúde próximas à residência com 52,9%, assim como por aqueles que desconheciam, com 47,1%. Tecnicamente, esses dados por si revelam que a população desconhece a existência dos serviços de saúde em sua comunidade de pertencimento.

Em relação ao repertório das informações dadas aos pacientes, observa-se que versaram sobre os meios de obtenção da informação recebida, as reações hansênicas e as recomendações sobre os sinais e sintomas da hanseníase.

Para os portadores, acerca das informações recebidas dos profissionais de saúde depois do diagnóstico da doença, os dados revelam que 76,5% receberam informações sobre a transmissão e 23,5%, não. Sobre reações hansênicas, 82,4% foram orientados e 17,6%, não. Quanto ao tratamento, 88,2% obtiveram informações sobre o tratamento e 11,8%, não. No que diz respeito ao autocuidado, 70,6% receberam orientações e 29,4% não receberam. Todos (100,0%) receberam informações sobre os exames dos comunicantes.

No tocante às relações entre familiares, profissionais e comunidade, 76,5% receberam orientações e 23,5%, não. Dentre os entrevistados, 70,6% foram informados sobre o potencial da própria doença para incapacitar e 29,4%, não. Sobre a possibilidade de reações aos medicamentos, 70,6% foram orientados e 29,4%, não. Quanto ao tempo de tratamento, 94,1% foram

informados e 5,9%, não. Também foi perguntado sobre o significado da cura da doença, 82,4% informaram positivamente e 17,6% negativamente.

Com relação às informações fornecidas pelo serviço aos pacientes e seus familiares, 33,3% acharam boas e o mesmo percentual de 6,7% como suficientes, satisfatórias, ótimas, excelentes, fracas ou não tiveram informações sobre formas da doença, feridas e pele seca, e ainda 6,17% não obtiveram informações sobre as formas de transmissão da doença e 6,93% não opinaram.

Quanto às sugestões sobre a melhoria das questões levantadas pela pesquisa, 39% destacam a importância de informar aos familiares, seguida de 41% de focalizar, nas consultas, as orientações sobre a doença e 20% de melhorar o atendimento na recepção geral.

Com relação à área de informação em saúde, infere-se que os usuários receberam informações por intermédio dos profissionais de saúde, as quais foram consideradas suficientes, ressaltando a sua importância para os familiares.

Quanto às reações hansênicas, 23,1% não foram informados e 76,9%, sim. Também foi perguntado o meio ou o modo que obtiveram essas informações: 55,6% foram dadas pelo médico, 22,2% pela enfermeira, e 11,1% por informativo pela Internet e pela equipe multidisciplinar, respectivamente.

Sobre os contatos dos portadores com seus familiares e as estratégias adotadas pelo serviço na busca de comunicantes, 58,3% foram examinados e 41,7%, não. Destarte, quanto à orientação dos familiares pela procura da unidade de saúde com encaminhamento, 82,4% confirmaram e 17,6% afirmam não ter recebido orientação.

No tocante à visita domiciliar realizada pela equipe com a finalidade de examinar os familiares enquanto comunicantes, 88,2% negaram essa prática sanitária e somente



11,8% confirmaram-na. A respeito da opinião do usuário em relação ao tratamento aos pacientes de hanseníase, comparando aos outros pacientes, 58,8% afirmaram que não havia diferença, enquanto que 29,4% afirmaram que sim, e 11,8% não souberam informar.

O repasse de informações consideradas positivas, igualmente, 20,0% assinalou que essas deveriam ser mais frequentes, focalizar mais sobre a doença e o tratamento, os exames completos, bem como sobre o acolhimento e se eram tratados melhor.

Sobre a postura da equipe de saúde apontam-se diferenças no atendimento realizado pelo mesmo profissional, a confiança no atendimento e a opinião sobre a capacitação dos profissionais. Ao serem interrogados sobre o atendimento sempre pelo mesmo profissional, 52,9% afirmaram que sim, 41,2% responderam que não e 5,9% não sabiam. Dos que responderam afirmativamente, 50,0% foram atendidos por enfermeira e 50,0% pela equipe multiprofissional. Dentre os que responderam não, 50,0% afirmam que não foi problema para eles enquanto que, para os demais, isso representou problema, porque mudaram de médico, em que 20,0% preferiam ser atendidos por dois médicos e 30,0% por outros profissionais.

Quanto à segurança dada no atendimento aos usuários entrevistados pela equipe de saúde, 81,3% confiavam no conhecimento do profissional sobre hanseníase e 18,7% não acreditavam.

No que diz respeito à necessidade de treinamento adicional para os profissionais de saúde, 64,7% acharam que não havia necessidade, 29,4% afirmaram que sim e 5,9% não souberam informar se necessitavam. Dos que confirmaram, 100% entende que o treinamento deve ocorrer para capacitá-los melhor sobre as orientações acerca da doença.

E, ainda sobre os treinamentos, perguntou-se o porquê, 25% justificam como um meio para divulgar mais a doença,

igualmente todos os demais questionamentos como: uma forma de melhorar os conhecimentos e os respectivos desempenhos nas ações de saúde; porque não passam tratamento adequado, além de evitar a procura por outros profissionais para obter mais informações.

Com relação à postura das equipes, os sujeitos relataram que havia diferença no atendimento de hanseníase em comparação com outras doenças, uma vez que os profissionais de saúde, além da maior frequência nos atendimentos, também informavam sobre o tratamento e os medicamentos. Embora a maioria tenha afirmado que foi atendida pela equipe multiprofissional, existe uma diferença quanto ao atendimento por um único profissional.

Essa organização demonstra a importância da participação e da integração dos membros da equipe em relação à efetivação das ações dos programas.

O estudo versou sobre a área de tratamento por meio dos aspectos da existência de medicamentos, a crença na cura da Hanseníase e a adesão ao tratamento.

Quanto à disponibilidade do poliquimioterápico na sua unidade, 81,3% afirmaram que sim e 18,7 negaram essa disponibilidade.

Destacaram-se, neste estudo, quais os medicamentos disponíveis na unidade de saúde. Nesse sentido, a disponibilidade de prednisona foi de 66,7%, da talidomida, 56,3% e 43,8% acusaram falta desses hansenostáticos na sua unidade de tratamento.

Quanto à não disponibilidade, 66,7% informaram ter ficado sem a medicação por 7 dias, e 33,3%, por 14 dias. Nenhum deles (100%) procurou outro lugar, aguardaram a solução pelo próprio serviço.

A credibilidade sobre a cura da doença ao aderir os medicamentos (PQT) foi de 82,4% e 17,6% não acreditavam na cura. Esses últimos atribuem as manifestações das reações com 30,0%

das respostas, e igual percentual para a crença da não cura para as reações e as incapacidades, enquanto o restante (40%) atribui ao fato de ser uma doença lenta para aparecer e para sumir.

Aos que acreditavam na cura, interrogou-se sobre o conhecimento da medicação que tomavam, 60,6% afirmaram que sim, 26,4% que não e 13% não sabiam. Foi especificado por 18,2% como sendo: 1 branco e 2 vermelhos uma vez ao mês, e 1 branco todos os dias por 28 dias. Majoritariamente com 9,1% e igual percentual para aqueles que afirmaram tomar 6 comprimidos uma vez ao mês acrescido de 1 branco e 1 vermelho uma vez ao dia, um branco e um marrom, mas não souberam especificar. Outros ressaltaram ser um vermelho e outro branco, outros especificaram somente os comprimidos vermelhos, alguns nominaram como prednisona e comprimidos vermelhos e brancos, além de afirmar ser prednisona e dapsona, sulfa e multi e, finalmente, talidomida e prednisona.

Indagou-se sobre o desejo de parar com os medicamentos, interrompendo o tratamento por conta própria, 76,5% responderam que não e 23,5% confirmaram que sim. Destes, 50,0% desejavam parar por causa do mal-estar e os demais porque sentiram dor no estômago. Acerca da razão que justifica a supressão do tratamento, 34% atribuem a aversão ao medicamento ao ponto de não aguentar ver os remédios, e 33,0% porque causa dor no estômago, com igual percentual para aqueles que afirmaram sentir tremores e dor de cabeça.

Quanto ao retorno ao tratamento, igualitariamente 50,0% retornariam ao tratamento e 50% não retornariam porque sentiram medo das complicações, ainda que sabendo dos riscos, não acreditavam na cura pelo medicamento; 100% retornaram para o mesmo centro de saúde após a visita de agente comunitário de saúde por três vezes.

No que se refere ao tratamento com PQT, o estudo demonstra que há disponível nos estoques um número suficiente. Entretanto, com relação ao uso de drogas antirreacionais, há

outra realidade, uma vez que a ausência do medicamento em unidades de saúde é frequente. Infere-se que, infelizmente, em alguns municípios, ainda falta um esforço organizacional no sentido de facilitar o tratamento dos pacientes em controle de hanseníase.

Na área de prevenção de incapacidades, perguntou-se apenas o aspecto de orientação sobre como prevenir incapacidades. Quanto às orientações sobre como prevenir as incapacidades, 76,9% afirmam que sim e 23,1% que não receberam informações acerca desse assunto.

A última área contemplada no instrumento refere-se ao estigma expresso nas atitudes dos usuários, se esses contariam às pessoas sobre sua doença, a influência dela na vida diária e a percepção de discriminação por parte das pessoas. Em relação a esses entrevistados, 88,2% afirmaram que contaram a outras pessoas sobre sua doença e 11,8% negaram-na.

Com relação à influência da doença da vida diária, 58,8% disseram sim e 41,2% não. Sobre a vida diária influenciada pela doença, 22,3% confirmaram que a enfermidade impediu a realização das atividades do lar e 11,1%, para os itens: porque se afastaram do trabalho e não conseguiam aposentar-se; simplesmente deixaram de ir trabalhar; ficaram desanimados, mas com esperança; não aguentavam trabalhar; a doença interferiu no lazer (sol e bebida alcoólica) ou no trabalho como um todo; e pelo preconceito por causa das manchas, além do medo de pegar a doença.

Ao serem questionados se notaram diferença de tratamento por parte dos amigos, quando eles passaram a saber do seu diagnóstico, 11,8% observaram diferença e 88,2% não referiram diferença de tratamento. Quanto aos familiares, 82,4% não perceberam a diferença provocada pelo poliquimioterápico, porém 17,6% sentiram mudança no tratamento de seus familiares. Com os colegas de trabalho, 94,1% afirmaram não terem notado a diferença e 5,9% sentiram diferença. Destes, 36,0% por

meio do comportamento de evitar ficar junto, separar utensílios ou o cômodo da casa, 33,0% por medo de contaminação e 31,0% por constantes questionamentos sobre a alteração da cor da pele e porque estavam feios.

Com relação aos efeitos discriminatórios sobre si nos lugares em que habitualmente frequentavam, 93,8% afirmaram que não e 6,2% que sim. Destes, 100% sentiram-se observados no transporte coletivo em razão dos olhares das pessoas.

Goffman (1988) afirma que o estigma é caracterizado pela sociedade por atributos considerados incomuns e não naturais, observados e evidenciados nas múltiplas interações psicossociais. Essas características podem ser “distintas e evidentes” e/ou “não percebíveis”, permitindo aos indivíduos a construção da sua “identidade social”. Em outras palavras, o estigma pode ser entendido como um desvio do padrão de comportamento social.

A mudança do termo “lepra” para “hanseníase”, por ocasião da reconstrução do Ministério da Saúde, em meados de 1974, tem contribuído para diminuir o preconceito e o estigma que envolvem a doença, ainda que parcialmente, o que, por si só, tem um alcance limitado e deve ser acompanhado por campanhas educativas (QUEIROZ; PUNTEL, 1997 apud SIMÕES; DELELLO, 2005).

## **Considerações finais**

Após o desenvolvimento desta pesquisa, conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado. Identificou-se os fatores que interferem no programa de controle da Hanseníase, sob a perspectiva dos usuários do Estado do Rio Grande do Norte. Tais fatores constituem pontos críticos, dificultando a efetivação da descentralização do PCH traduzida como: a dificuldade de acesso às unidades de saúde com resolutividade; o diagnóstico tardio da doença; a ausência do fluxo de referência

e contrarreferência com esclarecimento sobre a situação da doença do usuário; a falta de hansenostáticos e medicações antirreacionais nos municípios; a deficiência nas orientações dadas pelos profissionais de saúde aos usuários e familiares sobre as ações do PCH; a dificuldade para obter informações quanto ao atendimento na recepção geral das unidades de saúde; o atendimento no serviço por um único profissional durante o tratamento; os profissionais sem domínio de conhecimento sobre as ações do PCH; as mudanças na vida diária do usuário; e a falta de orientações/informações sobre as reações hansênicas.

A partir dessa identificação, o Estado do Rio Grande do Norte poderá fomentar estratégias e políticas de atuação no sentido de garantir a anuência da Carta de Eliminação, valorizando as ações integrais de controle dos casos assistidos frente à rede do SUS.

## Referências

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. IV *Carta de eliminação da hanseníase*. Rio Grande do Norte [s.n.], 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. *Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 - 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- GOFFMAN, E. *Estigma*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- NOBRE, M. L. *Projeto de pesquisa dos indicadores operacionais e epidemiológicos das ações de controle da hanseníase no estado do Rio Grande do Norte*. Natal: UNESCO, 2004.

SANTOS, C. D. et al. Avaliação baciloscópica de pacientes com Hanseníase multibacilar em uma unidade de referência do Município de Fortaleza – Ceará. *RBAC*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 21-24, 2007.

SIMÕES, M. J. S.; DELELLO, D. Estudo do Comportamento Social dos Pacientes de Hanseníase do Município de São Carlos – SP. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 7, n. 1, p. 10-15, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/caracterizacao.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

# **Desmame precoce: motivos atribuídos pelas mães**

*Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos*

*Gisélia Tsutae Kitayama Cabral*

*Akemi Iwata Monteiro*

*Raul Amaral de Araújo*

## **Introdução**

Nas ações de promoção à saúde da criança, a adoção de práticas alimentares saudáveis está entre as principais medidas com vistas a garantir um melhor crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse sentido, o aleitamento materno (AM) constitui a primeira ação dentre essas medidas, estando inserido no contexto da adoção de estilos saudáveis de vida e, por conseguinte, como componente importante na promoção à saúde.

O leite materno é considerado o melhor alimento para o lactente, garantindo a oferta dos elementos essenciais, além de fornecer proteção contra doenças agudas e crônicas, e de contribuir para o desenvolvimento psicológico e emocional da criança (BRASIL, 2007; FRANÇA et al., 2007; ICHISATO; SHIMO, 2001).

Durante muito tempo, o aleitamento materno representou a forma natural e praticamente única de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida. No início do século passado, a amamentação era uma prática que se prolongava até por volta dos dois anos de idade. Porém, com a incorporação da mulher no mercado de trabalho e o crescimento da oferta de produtos



industrializados, que garantiam a substituição do leite materno pelo industrial, prometendo os mesmos resultados, o ato de amamentar teve um declínio significativo.

Nesse ínterim, temos o aumento do desmame precoce, compreendido como o processo iniciado com a introdução de qualquer alimento, na dieta da criança, que não seja o leite materno, antes dos quatro meses; e que termina com a completa suspensão do alimento materno (BRASIL, 2007). Essa situação é apontada como um dos fatores responsáveis pelo aumento da morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Tal fenômeno fez crescer as preocupações em torno do aleitamento materno exclusivo (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006; BUENO et al., 2003).

No Brasil, só nas últimas décadas, principalmente a partir dos anos de 1980, o país começa a desenvolver ações e campanhas em prol do AM. Porém, a realidade brasileira aponta para uma situação muito aquém da almejada. Em pesquisa realizada em 1999, pelo Ministério da Saúde, intitulada Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, o índice de crianças que chegavam aos seis meses em aleitamento materno exclusivo era de 9,7%, o que representava um percentual muito baixo. No Nordeste, a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê era de 50%; com 120 dias, essa proporção decaía para 19% e, aos seis meses, para apenas 8% (SILVA; MOURA; SILVA, 2007; CARRASCOZA; COSTA JÚNIOR; MORAES, 2005).

Diversos estudos têm apontado, como problemas decorrentes da ausência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, o aumento da incidência de doenças infecciosas e diarreicas, sobretudo relacionadas à manipulação e oferta inadequada de alimentos, representando um risco de morte por diarreia até 20 vezes maior em crianças completamente desmamadas antes de dois meses de idade (FRANÇA et al., 2007; BUENO et al., 2003). No que se refere ao perfil da mortalidade

infantil, as doenças diarreicas representam 17% das mortes em menores de cinco anos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Dessa forma, por meio deste trabalho, esperamos oferecer subsídios aos profissionais de saúde que atuam diretamente na atenção à saúde da criança e da mulher, de forma a auxiliá-los na tarefa de promover e apoiar o aleitamento materno, repensando a amamentação e, sobretudo, desmistificando-a como uma prática apenas associada ao instinto e amor materno. Assim, tivemos por objetivo identificar os motivos atribuídos pelas mães para o desmame precoce, a partir de pesquisas publicadas sobre o tema.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática (BARROS; LEHFELD, 2004) sobre o fenômeno do desmame, por meio da qual foram selecionados artigos publicados entre 1998-2008, tendo como fonte as seguintes bases de dados: Lilacs, Rev. e Enf., Scielo e Google. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os descritores: desmame precoce, aleitamento materno e amamentação; sendo escolhidos 17 artigos para este trabalho.

Os critérios de inclusão para seleção do material a ser analisado foram: tratar do tema do desmame precoce a partir das seguintes abordagens: fatores determinantes do desmame precoce e motivos relatados e/ou justificados pelas mães para a introdução de outros líquidos ou alimentos precocemente à dieta dos seus filhos. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que demonstrassem apenas relação entre variáveis socioeconômicas e gineco-obstétricas (ex.: paridade, idade materna etc.) com o desmame precoce; trabalhos que tratassem da descrição, orientação ou outros fatores sobre o aleitamento materno e que não referissem o desmame precoce e seus motivos.

A pesquisa se desenvolveu obedecendo às três fases da pesquisa bibliográfica, quais sejam: “identificação,

localização e reunião sistemática dos materiais ou fatos” (BARROS; LEHFELD, 2004, p. 34). Os dados coletados foram organizados e serão apresentados em três categorias: o desmame precoce em meio a mitos e crenças (fatores relativos à cultura); trabalho materno como motivador para o desmame precoce (fatores sociais); e fatores biológicos relacionados ao desmame precoce.

## **Desmame precoce: em meio a crenças e mitos**

O ato de desmamar precocemente, quando associado à visão romântica e biológica da amamentação, pode ser percebido como uma falta de “amor” maternal (BADINTER, 1985). Sobre esse aspecto, Carrascoza, Costa Júnior e Moraes (2005), em seu estudo, demonstram que, entre mães que amamentaram e aquelas que desmamaram, os sentimentos durante a amamentação eram os mesmos: alegria, prazer ou realização pessoal, e não eram esses sentimentos um fator relacionado à extensão do AM, mas outros fenômenos que o poderiam estar influenciando. Sob outro viés, os autores sugerem que as respostas possam se associar a uma certa aceitação social, tendo em vista a valorização do AM na sociedade, porém não expressavam com fidedignidade o sentimento materno nas mães que decidiram desmamar.

A amamentação, vista apenas a partir do seu aspecto biológico, reduz a mulher ao seu potencial de lactação, sem observar o complexo social e cultural que influencia a tomada de decisão de amamentar (SILVA; MOURA; SILVA, 2007). Isso dificulta a expressão dos sentimentos maternos em torno da amamentação, o que pode ser o fator desencadeante do desmame precoce.

Por compreender a complexidade do contexto do desmame precoce e a sua singularidade para a família e grupo social, identificaram-se os principais motivos relacionados ao desmame precoce. Esses motivos estiveram apoiados em

características do ambiente, da personalidade materna, das suas emoções, da relação com o marido e com a família, das influências culturais e na resposta materna aos diferentes problemas do cotidiano (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Os mitos e as crenças são aqueles que mais aparecem nos discursos das mães quando se referem ao motivo pelo qual fizeram o desmame precocemente, e refletem diretamente a necessidade não só de informações corretas, mas, sobretudo, de compreender a cultura de um povo, de um grupo e sua influência sobre os comportamentos relacionados à saúde (VAUCHER; DURMAN, 2005; ICHISATO; SHIMO, 2001).

Neste item, agrupamos aqueles motivos atribuídos pelas mães que estão relacionados a crenças e mitos e que conformam o sistema de valores e de compreensão do mundo. “Meu leite secou”, “Meu leite é fraco” ou “Meu leite não sustenta” figuram como alguns dos principais motivos atribuídos pelas mães para o desmame, de acordo com Osório e Queiroz (2007), Silva, Moura e Silva (2007), Vaucher e Durman (2005), Ramos e Almeida (2003), Escobar et al. (2002) e Ferreira et al. (2001).

É importante analisarmos que, quando uma mãe indica que a criança parou de mamar porque o leite era fraco e por ele não “sustentar” a criança, podemos inferir, como implícita nessa afirmação, a ideia de que: uma frequência elevada de solicitação da amamentação, em detrimento do período mais longo entre as refeições com alimentos industrializados, associada ao ganho de peso (crença de que criança saudável é criança “gorda”), e ainda o choro frequente e constante dos recém-nascidos apontam o leite materno como insuficiente para atender às necessidades nutricionais da criança, bem como a sua saciedade, se comparado ao leite industrializado.

Segundo Borges e Philippi (2003), a opinião materna de leite insuficiente reflete uma interpretação advinda do processo avaliativo que a mãe realiza no pós-parto sobre a sua capacidade de amamentar. Esses autores identificaram

que as mulheres afirmavam ter leite suficiente mediante alguns parâmetros, tais como: mamas cheias, leite saindo em grandes quantidades, com vazamento; e bebês tranquilos, felizes e sonolentos, após as mamadas. Ou seja, a percepção da quantidade suficiente dá-se ao observar o comportamento materno e o da criança. As mães que afirmavam ter leite suficiente haviam introduzido leite artificial na alimentação da criança, demonstrando a relação da percepção da quantidade insuficiente de leite com o desmame.

Alguns autores (ARAÚJO et al., 2008; OSÓRIO; QUEIROZ, 2007) referem que o mito do leite fraco tem suas raízes na medicina higienista, quando esse discurso foi utilizado para dar plausibilidade científica aos desvios do modelo estritamente biológico, ou mesmo por falhas de seu paradigma da amamentação.

No que concerne à ideia de que o leite é fraco, a literatura acerca do tema refere

[...] que não existe leite fraco, tendo em vista que a composição do leite materno se faz de maneira ideal para alimentar e nutrir a criança até os seis meses de idade como alimento exclusivo (VAUCHER; DURMAN, 2005, p. 209).

Sobre a produção de leite materno, Borges e Philippi (2003) mostram que os índices de hipogalactia primária não ultrapassam 1,5% da população de lactantes, e que as nutrizes produzem a quantidade de leite suficiente para assegurar um crescimento adequado às crianças.

Algumas causas responsáveis pela diminuição da produção de leite podem ser: a introdução de água, chá ou leite artificial; a introdução de mamadeiras ou chupetas; mamadas curtas e pouco frequentes, que podem levar ao ingurgitamento, com consequente redução da produção; pouca ingestão de líquidos e alimentos pela nutriz (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1993).

Outro fator relacionado ao sistema de crenças e mitos das mães sobre o ato de amamentar é o receio de que a amamentação faça “os seios caírem”. Essa crença representa uma forte motivação para que muitas mães não amamentem ou parem muito cedo. Quanto a isso, os autores afirmam que não é o fato de amamentar que causa tal consequência, e sim a utilização incorreta de sutiã ou sutiãs frouxos (VAUCHER; DURMAN, 2005).

Em meio a todas essas crenças, existe ainda um fator muito importante na determinação do aleitamento materno, assim como no seu prolongamento, representado pela influência de pessoas próximas à nutriz, como familiares (incluindo a mãe da nutriz, o marido e as amigas) e profissionais de saúde. Esse fator permeia todos os “motivos” alegados pelas mães para a interrupção da amamentação, agindo como potencializador desses. Ou seja, associada às crenças e mitos, às dificuldades relacionadas ao trabalho, às doenças, ao uso de medicamentos, está a participação da família e dos profissionais como sujeitos estimuladores ou desestimuladores da amamentação (ARAÚJO et al., 2008; TEIXEIRA et al., 2006; FERREIRA et al., 2001).

Para Ichisato e Shimo (2001, p. 73), “[...] a mãe – da nutriz – ainda exerce a função de eterna orientadora dos atos, apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já vivenciou a maternidade”. A amamentação tem sido mais valorizada em famílias nas quais seus membros já passaram por alguma experiência positiva em relação a ela. Isso se dá com maior influência quando, em especial, a mãe – da nutriz – teve uma experiência significativa e duradoura com a amamentação (SUSIN et al., 2005).

Assim, percebemos a sobreposição do posicionamento sociocultural (tradição/valores) à determinação biológica, confirmada “[...] nas experiências anteriores de mães, avós, sogras e vizinhas, ressaltando a importância da vivência como indispensável para o sucesso do aleitamento materno” (SILVA; MOURA; SILVA, 2007, p. 38).

A presença do companheiro atua como auxílio no processo de amamentação, principalmente quando há uma participação mais efetiva nos cuidados diários com a companheira e o filho. (MACHADO; BOSI, 2008; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Silveira e Lamounier (2006) identificaram ainda que a participação ativa do pai e sua valorização quanto ao aleitamento materno figuram como seus fatores protetores. Porém, a participação do pai ainda é subestimada nos serviços de saúde, onde os profissionais, normalmente, não se preocupam com a preparação dos futuros pais.

A influência dos familiares e amigos dá-se não apenas por intermédio de conselhos ou interferências diretas, mas, sobretudo, no apoio e suporte dado à lactante, concernentes às tarefas advindas com a maternidade. Para tanto, não bastam conselhos em prol da amamentação, mas favorecer um relacionamento materno-infantil menos estressante e mais saudável para ambos, mãe e criança (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Os profissionais de saúde, por sua vez, também exercem forte influência sobre as gestantes. Ichisato e Shimo (2001) apontam que as mulheres que recebem orientações de pessoas nas quais elas depositam total confiança apresentam mudança de comportamento. Ou seja, a confiança no profissional, bem como a abertura capaz de permitir que essas mulheres expressem concretamente seus sentimentos em relação ao aleitamento, a avaliação do estado nutricional da criança e da capacidade da mãe em atender às necessidades do filho são condições indispensáveis para o sucesso da amamentação (MACHADO; BOSI, 2008).

Percebe-se, com isso, que a questão do aleitamento materno não é somente biológica, mas envolve, principalmente, seus aspectos socioculturais. A cultura, a crença e os tabus têm influenciado de forma crucial a sua prática. Em virtude disso, impõe-se a necessidade de compreender a influência dessas questões no modo de ser do homem e, sobretudo, da

mulher, diante do ato de amamentar. Devemos lembrar que o ser humano do qual estamos cuidando (neste caso, a nutriz) tem a sua subjetividade, a sua tradição cultural, os seus hábitos, tabus e crenças, que determinarão a extensão e a representação da prática do aleitamento materno.

## **O trabalho materno como motivador do desmame precoce**

A entrada da mulher no mercado de trabalho, no início do processo de industrialização, foi uma das razões para o declínio da amamentação. Porém, desde então, muitos esforços foram empreendidos em prol de conquistas, como a licença maternidade, o direito às creches, direito a intervalos de 30 minutos a cada quatro horas da jornada de trabalho para a amamentação, entre outros.

Mesmo diante das conquistas legais elencadas, ainda temos mulheres que têm seus direitos negados e, por isso, não conseguem amamentar. No entanto, essa não é uma situação generalizada, pois temos percebido, em alguns estudos sobre essa temática, que, ainda que a mãe exponha motivos como os citados para o desmame, os dados estatísticos não revelam diferenças significativas na idade de desmame, entre mães que exercem trabalho fora de casa e aquelas que não o realizam, o que demonstra que o trabalho materno não é causa direta do desmame precoce, porém sofre influência significativa dele (FRANÇA et al., 2007; VOLPINI; MOURA, 2005; ICHISATO; SHIMO, 2001).

A volta ao trabalho está presente no discurso das mulheres de forma bastante acentuada, quando interrogadas sobre o motivo do desmame (MACHADO; BOSI, 2008; ARAÚJO et al., 2008; BORGES; PHILIPPI, 2003; RAMOS; ALMEIDA, 2003; FERREIRA et al., 2001). Porém, em cada contexto, essa situação reflete peculiaridades que precisam ser identificadas, pois esse motivo aparece, muitas vezes, associado a outros, como crenças, falta



de suporte familiar e desrespeito aos direitos trabalhistas conquistados pela mulher. Para Ichisato e Shimo (2001), por exemplo, a necessidade de retornar ao trabalho não é a causa para iniciar o desmame precoce, mas sim o acesso à informação/educação e aos serviços de saúde.

Autores como Vianna et al. (2007), Silva (2005) e Osis et al. (2004), estudando grupos específicos de estudantes e trabalhadoras, observaram, nos seus resultados, que o trabalho não era diretamente o motivo associado ao desmame, mas a volta ao trabalho interferia de forma importante no processo de amamentação, podendo ser o responsável direto associado a outras condutas, tais como: a introdução de novos alimentos e a prática do desmame.

Para esses autores, a legislação trabalhista que garante o direito à amamentação até os seis meses não é cumprida por muitas empresas, o que gera insegurança e desmotivação para continuar a amamentação. Em outra perspectiva, algumas crenças interferem sobremaneira nesse processo. A esse respeito, Osis et al., (2004) perceberam que as mulheres consideravam relevante amamentar pelo maior tempo possível, mas não necessariamente de forma exclusiva.

Portanto, vemos a importância do trabalho educativo com as gestantes sobre o AM de forma exclusiva, desmistificando algumas crenças e, principalmente, oferecendo suporte para que a amamentação persista, ainda que a mãe esteja trabalhando.

## **Fatores biológicos relacionados ao desmame precoce**

Nesta categoria, encontram-se os problemas de saúde impeditivos da amamentação, dentre os quais estão: doenças maternas (infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e Vírus T: linfotrópicos humano tipo I – HTLV I), dores

ao amamentar, problemas na mama (fissura e ingurgitamento mamário) e doenças da criança – lábio leporino, HIV, dentre outras (VOLPINI; MOURA, 2005; LAMOUNIER; MOULIN; XAVIER, 2004).

Sendo menos referida nos resultados das investigações realizadas por diversos autores, a presença de impedimentos de ordem biológica constitui uma prevalência muito pequena, quando dos motivos informados pelas mães para o desmame, porém representa uma parcela de mulheres que apresentam impedimentos importantes para o ato de amamentar. Nesses casos, o desmame é recomendado, ou a amamentação é até impossibilitada, como os citados no parágrafo anterior.

Das condições que geram impossibilidades de amamentar, as mães referem com prevalência os problemas relacionados às mamas (FERREIRA et al., 2001). Um desses refere-se ao mamilo plano ou invertido, que pode gerar dificuldade na amamentação. As fissuras também são condições muito frequentes, principalmente em primíparas e em mulheres que não receberam orientações adequadas durante o pré-natal. Os principais fatores para o seu aparecimento são o uso de bombas esgotadeiras manuais e elétricas, e a sucção ineficiente devido ao ingurgitamento, além do posicionamento incorreto para a pega do bebê (VAUCHER; DURMAN, 2005).

As patologias mais comuns relacionadas à mama são: dor, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites, as quais são significativamente importantes no desmame precoce. Mas para todas elas existem informações e cuidados que devem ser trabalhados ainda no pré-natal, como o posicionamento do bebê e a estimulação das mamas e limpeza, dentre outras (VAUCHER; DURMAN, 2005).

Os profissionais de saúde têm, nessas situações, uma grande responsabilidade no suporte técnico e emocional das mulheres para a prática da amamentação. Essas são condições que não contraindicam a amamentação, porém são

as situações mais frequentes para o desmame, refletindo sobremaneira a deficiência dos serviços de saúde para lidarem com esses problemas.

Assim, é possível perceber que os problemas maternos relacionados a fatores de ordem biológica apresentam uma significância que está ao alcance de ações educativas e, principalmente, de apoio, suporte técnico e emocional, durante os primeiros dias e semanas da amamentação, para que ela se estabeleça sem dificuldades e possa ter a continuidade necessária para sua exclusividade durante os primeiros seis meses de vida.

## **Considerações finais**

Embora, desde a década de 1980, o Ministério da Saúde venha lançando estratégias e programas de incentivo ao aleitamento materno, o índice de crianças desmamadas precocemente ainda é bastante elevado. As campanhas de incentivo ao aleitamento materno são realizadas de forma contínua, sendo até dedicada uma semana exclusivamente a esse tema. Porém, pouco investimento tem sido feito no sentido de proporcionar treinamentos e capacitações para profissionais de saúde no lidar com as mães, nesse período delicado e marcado por intensas mudanças de natureza física, psicológica, cultural e social.

É possível perceber com este estudo que os motivos atribuídos à prática do desmame estão relacionados, principalmente, ao suporte emocional, social e familiar necessários à mãe e à criança durante essa fase. Informações insuficientes, errôneas, associadas à insegurança, à necessidade de trabalhar e a uma falta de apoio familiar são os principais aspectos a serem trabalhados pelos profissionais de saúde, ainda durante o pré-natal, sem, contudo, esquecer de fatores de ordem biológica, que também interferem de forma importante nesse processo.

Não verificamos nos textos a alusão ao desejo de não amamentar, talvez pelo fato desse ato ter em si uma conotação negativa na sociedade, refletindo uma “falta de amor” ao filho por parte da mãe que não amamenta (BADINTER, 1985). Desmistificar a amamentação como ato próprio de amar é reconhecer a subjetividade e o protagonismo dessas mulheres, sujeitos do processo, que têm desejos, medos e sentimentos, e que devem decidir sobre o seu corpo de forma informada e livre de preconceitos ou estigmas.

Ressalta-se que o ato de amamentar requer das mães, principalmente as primíparas, segurança e confiança em si; como provedoras do alimento do seu filho. Elas precisam ter a oportunidade de desenvolver a confiança no profissional, para expressar seus sentimentos em relação ao momento que estão vivenciando, por meio da escuta qualificada e do suporte profissional adequado. Todas essas ações podem favorecer a prática do aleitamento materno e precisam ser defendidas e efetuada pela sociedade, porém o respeito à decisão materna deve prevalecer sobre todos esses aspectos.

## Referências

- ARAUJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. *Projeto de pesquisa: proposta metodológica*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BORGES, A. L. V.; PHILIPPI, S. T. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev. Lat-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 287-292, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 jun. 2008.

BUENO, M. B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: um estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1453-1460, 2003.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud. Psicol.*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-440, out./dez. 2005.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.*, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-261, set./dez. 2002.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out. 2006.

FERREIRA, E. S. et al. Desmame precoce: motivos e condutas alimentares adotadas pelas mães de crianças atendidas na consulta de enfermagem, no Centro Assistencial Cruz de Malta. *Rev. Soc. Bras. Enf. Ped.*, São Paulo, v. 1, n. 0, p. 41-50, 2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Situação mundial da infância 2008*: caderno Brasil. Brasília, DF: Escritório do UNICEF no Brasil, 2008.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-18, 2007.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev. Lat-Amer Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 70-76, set./out. 2001.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S181-S188, 2004.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.*, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, 2008.

OSIS, M. J. D. et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 172-9, 2004.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 261-267, jun. 2007.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

SILVA, M. B. C.; MOURA, M. E. B.; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2008.

SILVA, I. A. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 58, n. 6, p. 641-646, 2005.

SILVEIRA, F. J. F., LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, jan. 2006.

SUSIN, L. R. O. et al. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.

TEIXEIRA, M. A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 92-106, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança: Manual Técnico*. Genebra: OMS/ UNICEF, 1993.

VAUCHER, A. L. I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev. Eletr. de Enferm.*, v. 7, n. 2, p. 207-14, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 13 jun. 2008.

VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, 2007.

VOLPINI, C. C. A; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-319, maio/jun. 2005.

# **A vida em nove luas: uma experiência educativa com gestantes na Estratégia Saúde da Família**

*Magna Celi Pereira Felipe*

*Márcia Lélis Rocha Corrêa*

*Ricardo Henrique Vieira de Melo*

*Rosana Lúcia Alves de Vilar*

## **Introdução**

As ações de atenção à população feminina do Brasil, até os anos de 1970, eram desenvolvidas por meio do pré-natal e da puericultura, que consideravam o papel da mulher como mãe responsável pela geração e criação de filhos, e norteavam a ampla agenda de saúde da mulher sob a égide higienista.

O primeiro programa de atenção materno-infantil e o programa de prevenção de gravidez de alto risco, do Ministério da Saúde, surgidos respectivamente em 1974 e 1978, foram fortemente criticados nos anos 1980 pelo movimento feminista, devido à verticalização, falta de integração com outros programas vigentes e abordagem reducionista acerca da saúde da feminina (BRASIL, 1974; 1978).

O debate da reforma sanitária nesse período já ganhava corpo, e discussões sobre o direito da escolha autônoma a respeito do número de filhos desejados, sem vinculação às metas demográficas e temas relacionados às desigualdades sociais, à



jornada de trabalho e aos direitos sexuais, entravam na pauta em defesa da mulher como cidadã.

A consequente articulação entre o movimento feminista e o movimento sanitário, no começo dos anos 1980, pactuada no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, fez desse um marco referencial ao incluir as necessidades gerais de saúde da mulher. As discussões vindouras ampliaram o horizonte pela contemplação de uma abordagem que fortalecia a identidade da mulher como sujeito, considerando suas dimensões psíquicas, sociais e biológicas.

No ano de 2004, em novo momento da gestão institucional, a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Proposta que, conforme Monteiro e Villella (2005), buscaram retomar o PAISM, adequando-o às necessidades que se tornaram visíveis na ocasião contextual do Sistema Único de Saúde.

Além da simples especificidade reprodutiva, os serviços de saúde passaram a incorporar reflexões sobre a opressão, a ausência de direitos, a negação da palavra, vividas pelas mulheres em decorrência das desigualdades existentes nas suas relações sociais.

O processo de municipalização e a Estratégia Saúde da Família trouxeram um grande impacto na organização das ações e serviços de saúde da mulher. Além disso, garantiram um maior acesso às ações básicas de atenção no pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo uterino e de mama, e ainda reavaliaram processos de trabalho em saúde que resultaram em melhor organização dos territórios distritais e locais, para um sistema de saúde mais funcional e resolutivo.

Como muito bem ressalta Goulart (2007), em estudo sobre a recente história da atenção básica no Brasil, a Estratégia Saúde da Família representou um verdadeiro amálgama das ações de saúde coletiva no país, de caráter inédito historicamente, rompendo com

velhas barreiras técnicas, ideológicas e institucionais, criando espaços para práticas potencialmente mal unificadas.

Entretanto, alguns problemas históricos ainda persistiram, decorrentes da fragmentação do modelo de atenção, da cristalização de algumas práticas que priorizavam o âmbito curativo e a tênue humanescência da atenção, tais como: a medicalização do corpo feminino; a alta incidência de parto cirúrgico; o isolamento da gestante de seus familiares; a falta de privacidade e respeito à sua autonomia; a baixa participação dos homens no planejamento familiar; a predominância da laqueadura tubária e da pílula frente à pouca expressividade dos outros métodos anticoncepcionais, entre outros.

A partir dessa problemática, as duas equipes integrantes da Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia, situada na periferia do Município de Natal, têm desenvolvido uma experiência, com êxito, na perspectiva de incorporar uma concepção mais ampla do processo saúde e doença e de seus determinantes na produção do cuidado. Ela contempla ações de promoção da saúde que, de acordo com Gutierrez et al. (1997), são atividades, processos e recursos orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e de acesso a bens e serviços que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos facilitadores do cuidado da saúde.

Buss (2003), analisando o conceito de promoção da saúde, destaca que esse vem sendo elaborado por diferentes atores, técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos anos, traduzindo um sentido ampliado relacionado às condições de vida e ao enfrentamento dos macro-determinantes do processo de saúde e doença, na perspectiva de transformá-lo favoravelmente na direção da saúde.

A experiência relatada incorporou um enfoque educativo e vem sendo desenvolvida com grupos de gestantes cadastradas e acompanhadas pela unidade de saúde, no formato de vários cursos denominados *A Vida em Nove Luas*, estimulando uma

mediação cultural capaz de promover formas distintas e mais humanizadas de atenção à saúde. Além disso, aprimorando o protagonismo e autonomia dos participantes no processo de produção de sua própria saúde.

A escolha do nome do estudo foi pertinente por se tratar de uma vida que estava sendo gerada e desenvolvida dentro de outra em nove meses de gestação, em referência às mulheres indígenas de comunidades primitivas que contavam a gravidez pelo número de luas cheias.

O presente relato tem por objetivo divulgar a vivência dessa prática educativa de forma a contribuir e cooperar, mediante a reprodução social, com a tessitura de uma melhor atenção à saúde da mulher, no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando a formação do grupo de gestantes na perspectiva de integração entre as usuárias, umas com as outras e com a equipe de saúde; facilitando o acesso ao cuidado; buscando a integralidade de forma multidisciplinar ao potencializar as ações oferecidas; promovendo atividades de educação participativa a partir de rodas de conversa, compartilhando saberes ao estimular a capacidade de reflexão acerca das questões gerais da vida cotidiana da gestante; contribuindo para o exercício da autonomia na escolha consciente, livre e informada de um método contraceptivo; formando multiplicadores de saúde para troca de experiências, apoio e suporte em novos cursos.

## **As luas girando as rodas**

As informações contidas neste relato foram coletadas por meio da observação participante e dos registros de um diário de campo que captaram os fatos, os comportamentos e os contextos das discussões.

Minayo (1999) afirma que a técnica de observação participante se realiza por intermédio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para obter informações

sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A importância dessa técnica reside no fato de ser possível captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo da vida real.

O diário de campo era elaborado após cada encontro, para não prejudicar as discussões que ocorriam e não haver prejuízos de registros relativos a esquecimento dos responsáveis. As luas foram mediadas por dois profissionais, num total de nove eventos quinzenais para cada curso, totalizando 45 encontros em cinco cursos ocorridos entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007.

Além dos membros da equipe da própria unidade de saúde, que eram: médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, também participaram, em alguns eventos, profissionais convidados, tais como: nutricionistas, psicólogos, gerências distritais e representantes de entidades locais parceiras, entre elas a Pastoral da Criança do Conjunto Cidade Praia, igrejas católicas, evangélicas e dos Mórmons, Conselho Tutelar da Criança, Conselho Comunitário do bairro, para fins de contribuição com suas experiências em temas específicos, enriquecendo os debates.

Cada grupo era composto por cerca de 30 gestantes, nas mais variadas fases de gestação, o que contribuiu positivamente para a troca de vivências devido à diversidade de situações presentes. A condição para entrar no grupo era ser mulher, estar grávida, morar na área de abrangência da unidade de saúde, e desejar espontaneamente participar do curso.

A captação foi feita por meio de cadastro do acompanhamento pré-natal, já a busca foi realizada pelos agentes comunitários de saúde nos casos em que a atenção pré-natal era feita fora da unidade, a partir de planos de saúde particulares. Também ocorreu a divulgação boca a boca a partir das próprias gestantes.

Os assuntos abordados nos encontros se referiram a temas relacionados à mulher antes, durante e após o ciclo gestacional, os quais foram inicialmente sugeridos pelos organizadores e, posteriormente, modificados de acordo com as necessidades demandadas pelos participantes. O método pedagógico predominante dos encontros foi a Roda de Conversa.

Nas rodas, conforme Felipe, Melo e Vilar (2006), mediante conversação, problematizava-se a realidade para que a conscientização ocorresse. Nesse sentido, promoveu-se uma aprendizagem significativa, o que exigiu sua interpretação como a compreensão de significados, relacionando-se às experiências anteriores e vivências pessoais dos aprendizes, permitindo a formulação de problemas desafiantes que incentivaram o aprender mais, o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, desencadeando modificações de comportamentos e contribuindo para a utilização do que era aprendido, em diferentes situações.

Entende-se que uma aprendizagem significativa não se relaciona apenas a aspectos cognitivos dos sujeitos envolvidos no processo, mas está também intimamente relacionada com suas referências pessoais, sociais e afetivas. Assim, afeto e cognição, razão e emoção se compõem em uma perfeita interação para atualizar e reforçar, romper e ajustar, desejar ou repelir novas relações, novos significados na rede de conceitos de quem aprende.

Por esse motivo, a aprendizagem não ocorreu da mesma forma e no mesmo momento para todos; interferiram nesse processo as diferenças individuais, o perfil de cada um, as diversas maneiras que as pessoas têm para aprender. Nesse sentido, a roda de conversa foi um método que muito se adequou aos objetivos propostos pela ação educativa.

Campos (2003) destaca que a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, bem como têm potencial pedagógico

e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia.

Vale salientar que também foram utilizados, como apoio didático, exibições de vídeos, exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, gincanas e visitas às maternidades da rede municipal de saúde para acompanhamento de um parto humanizado, bem como o aprazamento de uma visita da gestante à maternidade onde seria realizado o seu parto, gerando uma vinculação hospitalar.

Os passos desenvolvidos (as luas) seguiram uma lógica sequencial e articulada. Na primeira lua, foi discutido o contrato de convivência, e os mediadores estimularam um debate acerca do papel da mulher na sociedade, facilitando a percepção das questões de gênero e temas diversos que afluíam na discussão.

Na segunda lua, as participantes desenharam o corpo de um homem e de uma mulher, detalhando os órgãos reprodutores. Em sequência, foram detalhadas as diferenças e semelhanças entre os sexos opostos. Utilizaram-se, como apoio didático, os manequins denominados “Gerson” e “Gertrudes”, que representavam respectivamente os corpos de um homem e de uma mulher, desmontados, e que despertaram para um aprendizado alegre e lúdico sobre o interior do corpo humano.

Na terceira lua, o grupo tentava descobrir quais as transformações que ocorriam no corpo da mulher, durante cada trimestre da gravidez. Foram apreendidas as representações do grupo acerca das alterações fisiológicas do corpo da futura mãe. Por sua vez, foi feita uma exposição dialogada sobre as diversas fases da gravidez, para fechamento da discussão.

A quarta lua conduziu o grupo, com base nas discussões anteriores, a discutir a importância do acompanhamento pré-natal e do aleitamento materno, com ênfase na relevância da realização dos exames necessários, vacinas adequadas e amamentação correta.

Na quinta e na sexta luas, o grupo teve a oportunidade de refletir acerca das necessidades nutricionais durante a gestação

e sobre o papel do acompanhamento pré-natal odontológico como alicerce para a manutenção da saúde bucal no núcleo familiar, afastando mitos e compreendendo melhor as mudanças da cavidade oral nesse ciclo de vida.

Na sétima lua, a abordagem foi dirigida às emoções que afloram na gestação, enquanto que na oitava lua estavam relacionados na pauta os tipos de parto, os sinais e sintomas que o antecedem e os cuidados necessários com os recém-nascidos.

Finalmente, na nona lua, foi feita uma discussão acerca dos cuidados com o resguardo da mulher parida e apresentação dos principais métodos de planejamento familiar.

## **Resultados**

Os resultados alcançados não podem ser quantificados, pois sua dimensão se remete a um teor qualitativo expressado a partir de uma pluralidade de pequenas mudanças em situações reais que comprovam os efeitos positivos da experiência.

O contato frequente entre os profissionais das duas equipes de saúde e os usuários participantes da experiência abriu espaço para a construção de intersubjetividades, em uma relação mediada pela sabedoria prática. Isto posto, buscando um sentido cotidiano e concreto para todos os sujeitos que vivenciaram os eventos por meio de um diálogo predominantemente simétrico, em espaços de escuta, reflexão e construção interdisciplinar, adequando a gerência do cuidado e o vínculo em uma perspectiva mais longitudinal.

O processo educativo funcionou como a extensão de um acompanhamento pré-natal de qualidade, ampliando a clínica na atenção básica, destacando-se a empatia e a socialização entre os participantes, despertando o desejo para o repasse de sua experiência positiva ou negativa, jamais neutra, para outras pessoas da comunidade.

Para Cunha (2005), a clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, e não apenas o biológico, possam ser compreendidos e considerados pelos profissionais de saúde.

A metodologia da problematização, adotada nas rodas de conversa e dinâmicas de grupo, representou uma maneira compartilhada e interessante para abordagem dos conteúdos, de uma forma centrada na vivência de cada um, respeitando e valorizando seus costumes e crenças. A gestante usava a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se preparava para transformá-la.

Todas as participantes valorizaram a oportunidade de aprendizagem significativa vivenciada em conjunto com os profissionais da unidade, de maneira humanizada, contribuindo para o reforço do vínculo e responsabilização entre todos.

Essa experiência foi importante e decisiva para o reconhecimento de agentes externos, no que se refere ao êxito da atuação das equipes em algumas áreas específicas. As equipes receberam um certificado de acreditação no planejamento familiar, segundo os parâmetros internacionais de qualidade da atenção da Federação Internacional de Planejamento Familiar.

Para concorrer a este selo de qualidade, a unidade de saúde foi classificada e avaliada segundo critérios internacionais, entre os quais a defesa dos direitos dos usuários, as necessidades dos profissionais, uma estrutura física aceitável, a organização do processo de trabalho para o planejamento familiar, a distribuição regular de métodos contraceptivos, inclusive os emergenciais e a aplicação de projetos educacionais fundamentados no diálogo horizontal entre os profissionais e a comunidade. Nesse item, a experiência em relato teve um peso importante, juntamente com outra prática de sucesso desenvolvida na unidade, a roda de conversa.



Além de complementar a atenção ao pré-natal, a experiência reforçou e se integrou na dinâmica do dia a dia a outras ações e atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Pela vinculação mais forte, tornou a visita puerperal mais necessária e indispensável, inclusive de forma integrada entre a Enfermagem, a medicina e a odontologia. Funcionou bem, como arena de treinamento em serviço para agentes comunitários e demais profissionais de saúde, calibrando condutas e abordagens quanto à vacinação, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido etc. Incrementou a atenção ao pré-natal odontológico, também numa triangulação entre medicina, Enfermagem e odontologia, contribuindo para a construção de um alicerce para a manutenção da saúde bucal no núcleo familiar, encorajando o autocuidado e a responsabilização dos pais ou cuidadores pela saúde bucal de seus filhos.

Os cursos desenvolvidos ao longo dos últimos três anos contribuíram para a inserção gradual, algumas vezes com base em habilidades de persuasão, dos maridos e companheiros e das mães das gestantes. Além disso, a programação do curso teve uma composição adequada para a formação de agentes multiplicadores em saúde e aplicabilidade de “exportação” para outras arenas além desta unidade, principalmente outras equipes de saúde da família, serviços de referência e contrarreferência, casas de parto, maternidades.

Os hospitais e maternidades comumente visitados foram aqueles que receberam o prêmio Galba de Araújo, outorgado pelo Ministério da Saúde em virtude do incentivo à promoção do parto humanizado. O contato prévio com a maternidade na qual seria realizado o parto contribuiu para evitar a desagradável experiência de peregrinação de porta em porta, nos eventos finais da gravidez até a parturição.

Algumas gestantes tiveram a oportunidade de acompanhar o nascimento de bebês, inclusive interagindo com a parturiente e com a equipe de referência, enriquecendo o

aprendizado. Uma consequência natural foi estimular a participação de mulheres voluntárias na comunidade, articuladas em um grupo denominado Amigas do Peito. Semelhante às doulas, que são mulheres da comunidade que servem e apoiam outras mulheres da própria comunidade, davam suporte às gestantes e puérperas quando da presença de dificuldades, tipo o medo do porvir, anseios e pequenas intercorrências, acolhendo principalmente nos finais de semana e durante o período noturno, quando a unidade de saúde estava fechada.

Foi ainda constatado que a experiência contribuiu para estimular direta ou indiretamente as diversas atividades que permeavam a atenção básica, entre as quais: maior reforço à promoção do aleitamento materno; prevenção e diminuição da ocorrência de gravidez não desejada; diminuição do número de abortos provocados; reforço na importância da consulta puerperal precoce; captação mais precoce para o planejamento familiar e atenção odontológica ao bebê; maior controle sobre as patologias mais prevalentes no ciclo do parto e puerpério; maior demanda para prevenção do câncer de colo de útero e de mama; cobertura de 100% para o teste de triagem neonatal e outros.

Ficou evidente que essa prática, ao promover encontros coletivos, contribuiu para a tentativa de superação da racionalidade subordinada ao modelo biomédico, figurando como uma forma inovadora de transferência do eixo da cura para o cuidado, percebendo melhor as demandas geradas pelo sofrimento das participantes e desenvolvendo melhor a sensibilidade e a intuição própria e do outro.

Segundo Lacerda e Valla (2006, p. 100):

É preciso levar em consideração que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe à dimensão física dos sujeitos, e que não pode destruir seus projetos de vida e sua relação com o mundo. Nessa compreensão ampliada e por meio de um trabalho integrado em rede, os profissionais de saúde atuam como cuidadores e podem ajudar os sujeitos a

reelaborar e resignificar as experiências que causaram dor ou sofrimento, a ter maior controle das situações e a encontrar um sentido e coerência de vida.

O desenvolvimento da experiência também estimulou a formação de laços de solidariedade e de sociabilidade locais, pela valorização das relações mútuas de confiança para além da metragem limitada do consultório, aproveitando oportunamente a transversalidade da dimensão pedagógica que os serviços de saúde possuem para melhorar a qualidade de vida e fortalecer a cidadania, ao incentivar a autonomia e responsabilização dos participantes pelo seu próprio estado de saúde.

Fontes (2004) afirma que experiências com natureza semelhante a esta podem ser consideradas como espaços de redes sociais, de convivência e do aprendizado do viver em sociedade. Recortam e introduzem novos conhecimentos, entrecruzam espaços institucionais, desenhando trajetórias de sociabilidade particulares.

O respeito à identidade cultural de cada um foi fundamental para despertar e aprimorar potencialidades pessoais para uma capacidade melhor de visibilidade e enfrentamento de situações adversas da vida, ricamente relatadas e confienciadas pelas gestantes.

Os resultados alcançados e visualizados tanto pela satisfação da equipe em vivenciar o processo como pela forma interativa das gestantes, expressada no prazer em participar da experiência e no reconhecimento da importância da aprendizagem para seu cotidiano, fortaleceram a certeza de que caminhos trilhados com participação dos sujeitos envolvidos têm de fato um potencial de transformação.

## **Lições aprendidas**

Foram muitas as lições aprendidas tanto com os resultados positivos como com as dificuldades surgidas no percurso,

referentes, na sua maioria, a problemas de ordem da infraestrutura do serviço de saúde.

Muitas participantes desejaram e avaliaram que uma adesão mais efetiva dos companheiros nas discussões seria de importância fundamental para melhor compreensão desta fase na vida familiar, com ressonância positiva na vida do casal. Não foi possível contar com a presença de muitos companheiros nas reuniões.

Ao incorporar a perspectiva de gênero em saúde, pode-se constatar as limitações das ações parciais, decorrentes da visão fragmentada do ser humano. Por consequência, ocorreu muitas vezes o afastamento do olhar restrito ao risco epidemiológico, todavia procurou-se enxergar os fenômenos e as condições de vulnerabilidade, conferindo um maior alcance, integralidade e contextualização.

A integralidade que incorpora vários sentidos relacionados às práticas dos profissionais e à organização do serviço, conforme discute Mattos (2001), foi vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais de saúde e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde em seu todo. Nessa perspectiva, a hierarquização das prioridades passou a ser feita considerando a mulher grávida e seu patrimônio cultural, seus espaços sociais na casa, na família e no trabalho, procurando adequar o vínculo e a gerência do cuidado a uma perspectiva mais longitudinal de atenção e vigilância à saúde.

O ambiente micropolítico do encontro em espaços coletivos e por meio de grupos de acompanhamento permitiu a interação dialética, facilitando a promoção da saúde individual e coletiva, na qual a dinâmica contínua do acolhimento e da convivência integrou conhecimentos, saberes, energias, criações, construções, desconstruções, sentimentos e sentidos capazes de trabalhar as questões sociais limitantes, para transformá-las em possibilidades e coproduções.

Campos (2000) esclarece que o significado e coprodução se reporta ao constituir-se e ao desconstituir-se das coisas, ou seja, a constituição de sujeitos, de necessidades sociais e de valores ocorrem por meio de processos de interprodução.

No grupo, o momento educativo em saúde se constituiu na própria mediação das interações humanas, fundamentado pelas crenças, valores e práticas, inclusive pelas participações políticas, aprendidas e ensinadas de várias maneiras, por intermédio das histórias de vida que, trazidas à baila nas discussões, guiavam as ações no cotidiano do processo de viver.

As práticas educativas em saúde foram utilizadas como forma de fortalecer o conhecimento do usuário, a partir da oferta de espaços de escuta e reflexão, fazendo com que fosse estimulada a consciência crítica de si e de sua autenticidade, para que ocorressem a problematização e o enfrentamento das adversidades do cotidiano, fazendo fluir alternativas de solução a partir da própria vicissitude usual.

A reflexão crítica sobre as coisas e sobre a práxis envolveu o movimento dinâmico entre o fazer e o pensar. Pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem, é possível melhorar práticas futuras, sem perder de vista a perspectiva transformadora da realidade na qual se vive ou se quer viver. Isso somente poderá ser feito se o agente da mudança se assumir como ser social e histórico, como ser crítico, pensante, comunicante, idealizador e realizador de sonhos.

O autor Boaventura de Souza dos Santos (2007) discute várias teses, entre as quais a sociologia das emergências, que credita ao presente as potencialidades futuras de mudanças, a partir da valorização de experiências que possam contribuir de alguma forma para emancipação social.

Mesmo entendendo que a referida experiência tem limites, podemos observar que a participação da gestante no grupo fomentou a possibilidade de ela ser multiplicadora de

saúde em seu coletivo. As interações geradas entre as próprias participantes e com os profissionais de saúde formaram uma tessitura de condutas conscientes, com repercussões no processo individual e coletivo da promoção de saúde, potencializando qualidade de vida.

Constituiu-se um espaço para compartilhar experiências, socialização de saberes técnico-científicos e populares, ocasionando um melhor entendimento de si mesmo, do mundo e do modo de viver de cada sujeito.

Para Mello (2004), problematizar a atividade em grupo é colocar em questão a alternância entre os diferentes momentos que incluem solidão, individualidade, coletividade, poder, conhecimento, trocas e aprendizagem, pensados na busca de constituir espaços de cidadania, participação e felicidade. Propondo discutir, ouvir, escutar, dar voz, considerar e repensar a prática, articulando-a com a teoria ou para reconsiderar a teoria a partir da prática. Ser útil, protagonizar opiniões e atitudes, em vez da passividade da ilusão de querer encontrar em qual espelho ficou perdida a sua face, o seu corpo, a sua rosa juvenil.

A captação precoce de gestantes para o início do acompanhamento pré-natal, situação amplamente desejada, prejudicou em parte o andamento dos cursos, pois muitas gestantes não puderam faltar a seus empregos e participar dos debates. Algumas mulheres grávidas perderam as últimas discussões, porque entraram em trabalho de parto antecipado ou estavam com sete ou oito meses de gestação, quando do início de um novo curso.

Uma das dificuldades existentes foi o fato de não ter sido possível a participação de todos os profissionais de saúde da equipe. Mesmo por meio de um revezamento em escalas, alguns não puderam acompanhar as discussões, pela impossibilidade de afastamento de suas atividades diárias, notadamente as auxiliares de Enfermagem, já que os cursos ocorriam concomitantemente com outras ações e serviços da unidade de saúde.

## Considerações finais

A atenção humanizada representa o alicerce para que a Estratégia Saúde da Família possa se tornar uma forma hegemônica de cuidar da saúde das pessoas, reafirmando e sustentando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Compreendendo as relações cotidianas, podemos entender que as práticas de saúde remetem a mediações que transcendem a visão unidimensional do processo saúde/doença, incorporando o território como um espaço individual, cultural e social, em uma dimensão subjetiva baseada em crenças, costumes, valores e regras.

Foi fundamental o envolvimento das dimensões comunicativa, participativa, dialogada e educativa, para induzir o trabalho interdisciplinar e intersetorial de modo que o modelo de atenção da vigilância à saúde possa impactar de modo positivo na saúde da população, potencializando todos os atores envolvidos em tal processo, para promover as mudanças político-administrativas, técnicas, sociais, culturais e subjetivas que implicarão na melhoria da situação de saúde e vida das populações.

A dinâmica alterou os lugares tradicionalmente reservados para os usuários e profissionais, mobilizando reações diferentes em cada um, em uma arena onde se disputavam e negociavam desejos, ansiedades e necessidades, de forma que a abordagem multidisciplinar fosse por si mesma enriquecedora da experiência, facilitando o aprendizado mútuo, tornando o próprio processo educativo participante uma grande lição de sabedorias práticas.

O sentido de uma situação foi fabricado pelo conjunto de saberes presentes, em que todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo. A arte da conversa não deve tentar homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido do ponto de convergência das

diversidades. Os mediadores das conversações devem estar sensibilizados para pescar no grupo as construções coletivas.

Constatou-se que a experiência possui viabilidade de reprodução em outras unidades de saúde, como também a sua utilidade para formação de agentes multiplicadores. Torna-se imperioso o apoio institucional dos níveis distrital e central das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, assim como de entidades parceiras, na cessão de profissionais da rede de atenção e de materiais didáticos diversos, tipo: kit de contraceptivos, álbuns seriados, *folders*, cartazes etc. A parceria com universidades e escolas técnicas de saúde foi bastante enriquecedora para todos os interessados, possibilitando a vivência no processo formativo de uma experiência rica para o aprendizado.

O ambiente dialógico, democrático, centrado no respeito e na valorização da individualidade de cada participante, compartilhando e construindo coletivamente saberes e práticas, representou uma estratégia adequada para o fortalecimento de um modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade e da humanização, vinculando responsabilidades mútuas e exaltando maior controle das gestantes sobre suas vidas.

Sobre essas questões, Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 77) reforçam:

O estabelecimento de vínculos nos sistemas de saúde pressupõe relações de longa duração entre usuários e os profissionais de saúde, condição indispensável para criar relações de confiança que permitam humanizar estes contatos, transformando os usuários em sujeitos com singularidades e subjetividades, e não apenas consumidores eventuais de serviços.

Contudo, convém advertir que nem toda conversação foi necessariamente positiva, produtiva, socialmente simétrica e isenta de controles ou favorecedora de autonomia. Os processos sociais são como a sociedade os faz. Experiências semelhantes contribuem para a valorização das atividades coletivas por parte



dos profissionais, integrando equipe e usuários de maneira salutar para o fortalecimento do vínculo, valorização de circuitos locais de sociabilidade, de pertencimento e do trabalho em equipe. Ampliam a percepção da atenção prestada mediante melhor apreensão e compreensão dos determinantes de saúde, pela diversidade cultural e situações distintas vivenciadas por cada participante, respeitando o senso comum e valorizando a sabedoria popular, sem perder de vista a promoção de hábitos e condutas saudáveis.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programas de saúde materno-infantil*. Rio de Janeiro: Secretaria de Assistência Médica, 1974.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco: normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil*. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípio e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção a saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- FELIPE, M. C. P.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Roda de conversa: diálogo que (re)orienta a práxis na unidade de saúde da família cidade praia-Natal/RN. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *II Mostra*

*nacional de produção em saúde da família: trabalhos premiados.*

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 194-304.

FONTES, B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitárias. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas.* Recife: UFPE, 2004. p. 121-142.

GOULART, F. *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos.* Uberlândia: EDUFU, 2007.

GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción de la salud. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Org.). *La promoción de la salud y la educación para la salud em America Latina.* San Juan: Editora de la Universidad de Puerto Rico, 1997. p. 17-44.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas do cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado e fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-102.

MATTOS, R. A. Os sentidos a integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELLO, V. R. C. Grupo como dispositivo de promoção de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Prêmio de incentivo em ciência e tecnologia para o SUS 2003.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 91-94.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MONTEIRO, S.; VILLELLA, W. Atenção à saúde das mulheres: historiando conceitos e práticas. In: MONTEIRO, S.; VILLELLA, W. *Gênero e saúde: o PSF em questão.* Rio de Janeiro: ABRASCO. Brasília: UNFPA, 2005. p. 15-31.

SANTOS, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.* São Paulo: Bom tempo, 2007.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção a saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.* Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008. p. 69-99.



# **Trajetória da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB de 1994 a 2004 contada pelas enfermeiras**

*Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos  
Lenilde Duarte de Sá*

## **Introdução**

A experiência que serviu de base para a conformação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil foi o Programa Médico de Família<sup>1</sup> (PMF) de Niterói/RJ, que fora implantado em 1991 (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002).

A partir do acúmulo de experiências trazidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo PMF de Niterói, e com o resultado de impactos positivos nos índices de morbimortalidade e as experiências adquiridas pelos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), novas

---

1 A equipe básica do PMF de Niterói é constituída por um médico e uma auxiliar de Enfermagem, que tem como requisito para contratação ser moradora do local e participar da estratégia de facilitação do vínculo entre equipe e serviços de saúde. A equipe é, ainda, complementada por um grupo de supervisão com clínico, pediatra, gineco-obstetra, sanitarista, assistente social e enfermeiro, na proporção de uma equipe de supervisão para 15 equipes básicas, e dois supervisores gerais, um na área de cirurgia e outro na área de dermatologia (COHEN, 2002).

formas de atenção à saúde, visando à superação do modelo médico tradicional, foram redesenhadas. Nesse cenário, surgiu o PSF, trazendo uma proposta de reformulação do PACS e enfocando a necessidade de incorporar novos profissionais ao processo de trabalho, de forma que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) passassem a trabalhar em equipe.

Em 1993, o Ministério da Saúde reuniu alguns coordenadores de experiências na APS centrados nas dimensões comunidade e família, para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo, então, lançado o Programa Saúde da Família (VASCONCELOS, 1999).

Tendo por base a experiência de Cuba<sup>2</sup> e Niterói, com o Programa Médico da Família, foi criado, em maio de 1994, o PSF em Campina Grande, no Estado da Paraíba (PB), tornando-o um dos municípios pioneiros na Região Nordeste e no Brasil a implantar a experiência. O presente estudo teve como objetivo narrar, pela visão das enfermeiras, a história da implantação e consolidação da Saúde da Família no Município de Campina Grande durante o período de 1994-2004.

## Percurso metodológico

O período inicial, 1994, demarca o nascedouro da experiência do PSF em Campina Grande/PB, e em 2004, podemos dizer que se encerra a vigência do governo petista, que tinha à frente da Secretaria de Saúde um gestor com formação sanitarista e que trabalhou em função de transformar o PSF em Estratégia Saúde da Família.

---

2 O Programa Médico de Família cubano iniciou-se em 1984, quando toda a população passou a ser atendida, no nível primário, em policlínicas organizadas a partir das especialidades médicas e odontológicas básicas. O programa tem sido responsável por uma acentuada melhoria das condições de saúde da população (UNICEF, OPS/OMS apud VASCONCELOS, 1999).

A pesquisa que constitui base para este capítulo foi realizada na cidade de Campina Grande/PB. Como método, lançamos mão da história oral na modalidade temática.

As enfermeiras têm história neste país, quando se trata de trabalhar com ações voltadas à APS. Eis o principal motivo de escolher como colaboradoras essas profissionais do PSF de Campina Grande. Utilizou-se como critério de inclusão participar do PSF de Campina Grande desde a sua formação. Assim, a rede de colaboradores foi formada por quatro enfermeiras ingressantes no programa entre 1994 e 1995. Os codinomes que identificam as participantes do estudo nos relatos são fictícios e foram escolhidos por elas.

Respeitando as etapas para a construção do documento oral, aplicamos: entrevista, transcrição, textualização, transcrição, conferência e validação do texto (MEIHY, 1996). Após essas etapas, realizamos a análise e, diante da história recontada, dividimos o processo de implantação e consolidação da Saúde da Família, em Campina Grande, em três momentos distintos: de 1994 a 1995, 1995 a 1998 e de 1998 a 2003.

Para a análise do material empírico, utilizou-se como suporte teórico a Nova História. Esta abordagem da história recusa-se a ser superficial e simplista, bem como é sensível às diferenças, além de permitir o estudo de novos problemas, novas abordagens e novos objetos à luz de uma concepção que, ao diferir da história tradicional, e em defesa da história global, inclui a história da economia, da demografia, das técnicas, dos costumes, e não apenas a história política (LE GOFF, 1993).

Uma vez que a Nova História se preocupa com movimentos coletivos e individuais, interessa-se por toda a atividade humana. Nesse sentido, partimos em busca do que se gerava novo, o PSF em Campina Grande, inserido em um cenário que revelava a força de um modelo de saúde calcado na cura, na doença e no individual. Partimos em busca das tensões, das lutas, que se revelavam do confronto entre “o velho” e “o novo”.

Para a realização da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. Para a coleta dos depoimentos, os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A autorização para publicação dos depoimentos foi garantida por meio da assinatura da Carta de Cessão. A pesquisa foi registrada sob o número 172/02 no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e aprovada na sua 36ª Reunião Ordinária, no dia 04/10/2002.

## **O programa saúde da família em Campina Grande**

Em 1994, o Ministério da Saúde constituiu uma Coordenação Nacional do Programa Saúde da Família, que tinha como objetivo selecionar municípios para serem pioneiros nessa proposta, bem como fornecer subsídios para a implantação do PSF. Nesse contexto, Campina Grande foi convidada pela equipe responsável para a implantação do PSF no país, para fazer parte do grupo pioneiro de 14 municípios a assinar convênio com o Ministério da Saúde.

Naquela época, Campina Grande encontrava-se na gestão incipiente e parcial do sistema municipal de acordo com SUS 01/93 e caminhava no seu processo de municipalização (CAMPINA GRANDE, 1994).

Como critério de seleção dos bairros para implantação do PSF, levou-se em consideração o diagnóstico de saúde municipal, contemplando as condições socioeconômicas e sanitárias desfavoráveis e a carência de acesso aos serviços de saúde.

Em 1994, Campina Grande tinha uma população estimada em 351.601 habitantes. O coeficiente geral de mortalidade era de 4,18 mortes/100hab, sendo as principais causas: afecções do aparelho circulatório, causas externas, doenças transmissíveis, dentre outras. Apesar das doenças transmissíveis não figurarem como a primeira causa de morte, nos anos de 1993 e 1994, a morbidade devido a elas foi relativamente alta, comportando-se em alguns momentos como epidêmicas, como foi o caso da cólera (CAMPINA GRANDE, 1994).

Em 1993, a taxa de mortalidade infantil, em Campina Grande, foi de 39,6 por 1000 nascidos vivos, e em 1994, essa taxa foi de 35,1 por 1000 nascidos vivos, com significativas diferenças entre as várias áreas (CAMPINA GRANDE, 1994). Assim, os bairros selecionados para implantação do programa foram o Pedregal (com três equipes) e Mutirão (com duas equipes).

Dentro desse contexto, vale ressaltar que esse momento político, no Brasil, foi caracterizado pela restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes do processo de ajuste estrutural imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, preceitos da política neoliberal. Na agenda de reformas, a crítica repousava sobre o modelo de assistência à saúde adotado pelo país, e a proposta era a de instituir estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis da população. Nessa direção, a proposta do PSF em Campina Grande, assim como nos outros municípios, atendeu também à lógica de “[...] focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais” (SENNA, 2002, p. 204).

Outro dado importante é que o PSF não se constitui uma iniciativa isolada, mas se situava no interior de um elenco de medidas de reformas do setor (SENNA, 2002).

Após a etapa do diagnóstico de saúde, realizou-se a seleção e o recrutamento dos recursos humanos, mediante um processo seletivo que ocorreu em março de 1994, no qual foram oferecidas 33 vagas (15 para médicos, três para enfermeiros e 15 para auxiliares de enfermagem). Após a seleção, realizou-se um treinamento com as equipes sobre o que seria o PSF, o relacionamento com a comunidade, a APS, a Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e visitas às comunidades (CAMPINA GRANDE, 1994).

A Associação de Moradores de cada bairro ficou responsável pela contratação, acompanhamento e demissão dos profissionais do PSF, com suporte jurídico, administrativo e



financeiro da prefeitura e da Secretaria regidos pelo convênio firmado entre a associação e a Prefeitura Municipal. Essas condições de contratação estavam previstas no Plano Nacional e foram seguidas pelos municípios que iniciaram o processo de implantação. Tal fato contribuiu para uma intensa precarização do trabalho em saúde, que tomou corpo a partir do PSF.

É nesse cenário, desde 1994, que atuavam enfermeiras que, diariamente, cuidavam de famílias. O trabalho no dia a dia era marcado por avanços, conflitos, conquistas, desafios, perdas e ganhos. As suas falas aqui escritas expressam como vinha sendo construída a história de um novo modelo de atenção à saúde em um recanto desse país. A seguir, apresentamos os depoimentos cedidos por essas enfermeiras, que faziam do seu trabalho uma militância para a construção de um SUS real e que emprestaram a sua voz para a academia conhecer o que se fazia no serviço.

## **Primeiro período, de 1994-1995 – o momento de implantação do programa saúde da família em Campina Grande: do sonho à realidade**

O ano de implantação do PSF, ao que parece, foi caracterizado por uma elevada demanda e por uma falta de organização do processo de trabalho. Faltava acertar o passo. Como toda nova proposta, esta foi a fase denominada de “adaptação”. Adaptação ao que era “novo”. E novo era fazer saúde da família.

Dentre as principais dificuldades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (CAMPINA GRANDE, 1995), temos: a implantação do PSF antes da implantação da coordenação estadual do programa, fato que causou uma série de entraves, pois o programa não podia contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), tendo que recorrer sempre à Coordenação Nacional, que nem todas as vezes era ágil nas respostas às necessidades apontadas: ausência do PACS no

município; falta de definição precisa das portas de entrada e dos serviços de referência e contrarreferência no sistema local; falta de compreensão sobre a proposta do PSF entre profissionais e técnicos da Secretaria de Saúde. A esses problemas acresce-se ainda que os profissionais selecionados, de um modo geral, não possuíam formação ampla em medicina geral e saúde pública, o que conflitava com as diretrizes do programa.

Este primeiro momento, as enfermeiras descrevem da seguinte forma:

O primeiro ano aqui foi uma loucura. Foi a de maior demanda e do trabalho direcionado para tudo [...]. Nós recebemos a orientação de que tínhamos de fazer tudo. Tudo que passasse aqui, tudo que aparecesse aqui era para a gente fazer [...] (Entrevistada Sra. Janaína).

Sem treinamento adequado, sem o conhecimento da proposta e sem experiência em saúde pública, saúde da família e atenção básica, as enfermeiras demonstram as dificuldades vivenciadas nesse processo:

Quando entrei, eu disse: meu Deus do céu, o que é que é para fazer aqui? Era tudo muito louco. Eu não sabia o que na realidade era o objetivo do PSF, como era para fazer as coisas. Aquilo tudo você estava implantando era uma coisa nova e, de acordo com as necessidades, você ia fazendo. Ia testando se daquela forma dava certo, se era de outra forma. Não existia uma normatização (Entrevistada Sra. Marilene).

Carentes de uma normatização e baseados em modelos distantes da realidade campinense (Cuba e Niterói), os profissionais de saúde foram descobrindo, a partir de tentativas e erros, o que era fazer saúde da família. Podemos perceber, assim, um desconhecimento sobre a proposta em si e o processo, deixando clara a imposição vertical de uma mudança, que caminhava em descompasso com as práticas de saúde dos profissionais e com a realidade da população.

As principais dificuldades que enfrentei foi porque não tinha agente comunitário de saúde. Eu era uma enfermeira sozinha;

tinha que dar conta de toda a administração da unidade; tinha que entender o que era o Saúde da Família, que ninguém na verdade entendia [...]. Tinha a história de que era para atender à família, e, com isso, a gente tentava priorizar tudo: diabetes, hipertensos, a família, o todo [...]. E durante esse primeiro ano inteiro, nós, na verdade, não priorizamos o que era mais importante, que era o grupo materno-infantil [...]. Hoje eu considero que este era um trabalho invisível (Entrevistada Sra. Janaína).

Começamos sem nada [...] tudo era improvisado. Nós não tínhamos uma Unidade Básica de Saúde da Família. Ficávamos numa casa que era utilizada pela Sociedade Amigos de Bairro. Era uma casa muito precária, de chão bruto, sem cor, e com telhas muito sujas [...]. Conseguimos ainda colocar um pouco de cal no chão e uma divisória de madeira para fazer os consultórios. A divisória era só até a metade e, quando a gente falava de um lado, dava para ouvir do outro. [...] Era uma coisa de outro mundo [...]. Eu até cheguei a perguntar para o doutor: Como é que a gente vai fazer saúde com as teias de aranha caindo por cima da gente? Ele dizia: “Mas a gente tem que começar assim, depois a gente tenta melhorar” (Entrevistada Sra. Maria).

O PSF de Campina Grande, no seu primeiro ano de implantação, foi marcado por dificuldades estruturais, conceituais e operacionais que desafiaram os profissionais para a busca de ações eficazes, de parâmetros e normatizações capazes de dar conta da saúde das famílias. E, principalmente, da necessidade de buscar compreender o que significava, realmente, fazer saúde da família de forma integral. O “novo” era um desconhecido que, para construí-lo, as enfermeiras tiveram a prática como guia e erros e acertos como luz.

## **Segundo período, de 1995-1998 – o momento de organização do processo de trabalho e a influência política para a continuidade do programa: o fim de um sonho?**

Neste período, o programa entra numa outra fase, a de priorização de certos grupos e a organização do processo

de trabalho. A convite da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, a Dra. Susana Pineda Perez, médica e professora de Medicina Familiar de Cuba, esteve na cidade durante o período de 18/2/1995 a 18/5/1995 para prestar assessoria e treinamento em Atenção Primária à Saúde e Medicina Familiar para os profissionais do PSF, bem como para aqueles da Secretaria Municipal de Saúde, o que contribuiu, segundo relato dos profissionais, dando uma “luz” ao processo de trabalho e organização das equipes do programa (CAMPINA GRANDE, 1994).

Foi muito difícil começar a construir esse programa [...] As referências que nós tínhamos do Ministério da Saúde eram normas: você tem que fazer tantas consultas por mês, etc. Nós mesmas que organizamos o serviço. Em 1995, veio uma médica de Cuba e ela nos fez perceber que estávamos fazendo o trabalho inverso, e que o trabalho principal era dar prioridade à mãe e à criança (Entrevistada Sra. Maria).

A falta de compreensão sobre os objetivos primeiros de uma proposta de APS fica muito clara quando essas enfermeiras relatam as dificuldades enfrentadas para organizar esse novo processo de trabalho. Para Rosa e Labate (2005, p. 1031), “[...] ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde a especificidade”.

Foi a partir da visita da médica cubana que novos horizontes foram descobertos e quando se começou a compreender, de fato, o significado e os objetivos da proposta. Em 1995, foram chamadas outras três enfermeiras para recompor as equipes, de tal forma que cada equipe passou a ter um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

Ainda durante o ano de 1995, iniciou-se o PACS em Campina Grande, o que veio a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF. A proposta inicial de expansão do programa era de 15 equipes/ano, totalizando 75 equipes para cobrir 75% da população do município (CAMPINA GRANDE, 1994). No entanto, essa expansão foi seriamente

comprometida, e o avanço não aconteceu. No final do ano de 1995, ocorreram as eleições para prefeito, o que veio acarretar uma mudança na política de saúde até então vigente.

O ano de 1996 foi caracterizado por uma completa falta de priorização e compromisso por parte da Secretaria Municipal de Saúde com o PSF local. O coordenador do início da implantação do programa fora demitido, fragilizando o processo. As equipes apresentavam deficiências e ineficiências por falta de investimentos, o que estava levando o programa ao fundo do poço. Nenhum processo seletivo fora mais realizado, nenhuma contratação, nenhuma expansão daquilo que era programado para ocorrer nos anos seguintes, nenhum investimento. Isso fica evidente no relato de Marilene, numa clara demonstração de que a compreensão dos gestores sobre a proposta é também fator *sine qua non* para que ela se efetive de fato.

Quando mudou de prefeito, que saiu, as pessoas que entraram não conheciam o programa. Eles tinham o PSF como uma coisa que estava implantada e eles iam dar continuidade, mas eles não viam o programa como uma proposta de melhoria de qualidade de vida para a população e que tinha que ter um suporte necessário para crescer. [...] Travamos uma verdadeira batalha, foi uma verdadeira briga. Essas cinco equipes, eu considero os desbravadores, porque foi a coragem, a luta que nós travamos pelo PSF, que era aquilo que acreditávamos, que fez com que o programa começasse a crescer em Campina Grande. Acho que estava no sangue da gente. [...] E nós tivemos secretários que queriam acabar com o programa, mas fomos à luta. Fomos às praças, fizemos reuniões, mobilizamos a comunidade [...]. Nós tivemos que ouvir do secretário coisas como: “As meninas querem ficar catando piolho na cabeça do povo, nas casas [...]” (Entrevistada Sra. Marilene).

Nessas circunstâncias, iniciou-se, no seio do programa, um movimento de resistência encabeçado pelos profissionais de saúde, no que viria mais tarde a se consolidar na Associação dos Profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB. Dentre as ações realizadas por esse grupo, consta um movimento maior e divisor de águas, que foi a realização do

I Fórum da Saúde da Família em Campina Grande, que contou com a participação de grandes nomes da saúde pública e de gestores municipais envolvidos com a proposta da saúde da família. Naquele momento, descortinavam-se, diante de uma Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande pouco afeita ao programa, uma sequência de êxitos alcançados com a proposta e uma consequente satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

### **Terceiro período, de 1998-2004 – a reestruturação e ampliação da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: a possibilidade renasce**

No ano de 1998, foi realizada nova seleção e introduzidas mais sete equipes no PSF de Campina Grande. A expansão do programa, ainda que timidamente, começou a acontecer.

É importante acrescentar que, no ano de 1998, entrou em vigor a Norma Operacional Básica 1996 – NOB/96 e, com ela, houve um aceleração no processo de descentralização, intermediado por medidas de incentivo para que os municípios assumissem a gestão da rede local de serviços de saúde. Alguns mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde foram o incentivo financeiro, o suporte técnico e de gestão para a execução das ações previstas (BODSTEIN, 2002).

Para alguns autores, esse aspecto tem um peso importante, quando analisados os problemas que dificultam a mudança do modelo assistencial a partir do PSF, principalmente por ele ser fortemente estimulado por meio do incentivo financeiro federal para a adesão municipal à estratégia, o que gerou, em alguns municípios, uma implantação do programa que não vislumbrava as singularidades e, principalmente, as deficiências estruturais de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A rede de serviços, desde o momento de implantação, foi considerada um grande nó crítico para a continuidade da atenção prestada pelo PSF. A esse respeito, pontuam as enfermeiras:

Na minha opinião, o Saúde da Família é o modelo que está funcionando em Campina Grande, mas sentimos uma certa dificuldade em relação à referência e à contrarreferência. Nós até temos os hospitais para fazer a referência, mandamos o paciente para lá com a ficha, mas só em alguns casos temos tido retorno (Entrevistada Sra. Socorro).

Não adianta termos qualidade aqui, se no seguimento não houver também. Acho que precisa haver uma sensibilização muito grande (Entrevistada Sra. Marilene).

A referência e a contrarreferência foram, desde o início, pontos críticos da proposta, pois marcavam indelevelmente o direito integral da atenção à saúde, tão desejada e alicerçada nos princípios do programa e do SUS.

O ano de 1998 foi marcante para muitos municípios brasileiros, pois a expansão do programa ocorreu em larga escala. Em Campina Grande, então fortalecidos, os profissionais “assumiram” o programa quando foi colocada, à frente dele, uma das médicas que fazia parte das equipes, para assumir a coordenação do PSF.

Esse novo “início” vinha dando maior credibilidade ao programa e resultando em seu melhor desenvolvimento, porém ainda havia resistências ao “modelo”. Resistências vindas não mais, apenas, da própria Secretaria de Saúde, mas do Sistema Municipal de Saúde de Campina Grande, que, por não acreditar na sua viabilidade, ou por contrariar certos interesses, mantinha o programa à margem do sistema, como algo complementar.

Outras dificuldades também repousavam sobre a formação, inserção e comprometimento dos profissionais de saúde com o PSF, de modo que ele passasse de programa a estratégia. E isso implicava na permanência de um modelo de atenção ainda fixado numa visão curativista e numa intervenção focalizada e individual. As enfermeiras reconheciam que o número de

equipes havia sido ampliado, mas não melhorou a qualidade da atenção. Dentre os problemas enfrentados, as enfermeiras citaram a falta de compromisso profissional e a falta de insumos para dar respostas às necessidades da população. Faltava medicação básica, material educativo e estrutura adequada para fazer educação em saúde.

Quando o presidente fala, quando o ministro fala, é como se o PSF fosse bem-estruturado [...]. As pessoas que estão aqui dentro sabem que não é isso [...]. Muitas vezes, uma ficha que você tem que colocar no prontuário do paciente você acaba tendo que escrever na mão, porque o papel está em falta [...]. Isso torna o nosso trabalho bastante limitado [...]. Faltam coisas mínimas [...] (Entrevistada Sra. Maria).

O acúmulo teórico e a vivência fizeram as enfermeiras pensar no PSF como modelo e não mais como um programa verticalizado do Ministério da Saúde. Assim, essas enfermeiras foram construindo uma nova identidade para o PSF, na qual a proposta criava raízes e sedimentava seus princípios, tornando-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e, por sua vez, das práticas de saúde. Com isso, elas afirmaram que o PSF é a “solução para a saúde pública no Brasil” e que seu processo de consolidação não tem mais volta.

Apontando as dificuldades, as enfermeiras identificam onde estão os maiores desafios para o PSF: fazer dessa proposta uma luta de todos. Assim, elas percebem também que não se conseguindo manter a integralidade e a intersetorialidade, todo o trabalho desenvolvido no seu microespaço pode não ter o efeito desejado, visto que o ser humano precisa ser atendido em toda a sua complexidade. A necessidade de um atendimento de maior complexidade pode esbarrar em todo um trabalho que tem sido calcado na atenção humanizada, na responsabilização e na integralidade da atenção, ou seja, não cabe apenas ao PSF a mudança do modelo.

Os profissionais, quando questionados sobre os desafios de um PSF que retratasse o SUS ideal, deixavam transparecer



que a construção de um novo modelo teria que ter participação mais efetiva da comunidade, pois ainda se tinha muito a enfrentar rumo à Reforma Sanitária. Essa história, que outros fizeram nascer, tinha sido fortalecida pelos profissionais do PSF de Campina Grande, pois entendiam o que falou Sergio Arouca (2001, p. 22):

[...] o projeto da Reforma Sanitária é o da civilização humana, é um projeto civilizatório que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

A fala de Janaína, enfermeira do PSF, num misto de cansaço e vontade, expressa o sentimento de querer ver avançar o PSF não apenas para garantir o acesso ao serviço de saúde, mas para fazer prevalecerem as condições necessárias para que a saúde possa de fato acontecer:

Hoje, me sinto até menos estimulada. Esses dias, eu estava até conversando com o próprio, o nosso ex-coordenador [...]. Eu estava dizendo para ele, a única coisa que fizemos aqui foi impedir que as crianças morressem antes de um ano de idade, mas elas passam um ano e depois não têm o que comer [...]. Ele me disse: “Mas isso já é muita coisa”. Eu disse: Tá, para você. Para mim, hoje, não é mais. Não é só isso que eu quero. Eu quero que as pessoas tenham qualidade de vida [...]. Essa é a minha avaliação: é um modelo de assistência em saúde que deve ser implantado no Brasil inteiro e com seriedade (Entrevistada Sra. Janaína).

## Considerações finais

A luta em prol da Saúde da Família, em Campina Grande, faz-se em um processo no qual se observa avanços e recuos. A cada mudança de gestão, novos conflitos e novos desafios são postos para que os gestores se sensibilizem com a proposta e se comprometam com a qualidade do serviço a ser oferecido. Campina Grande vem enfrentando dificuldades estruturais,

operacionais, principalmente no que se refere à referência e à contrarreferência em todo o sistema, a sintonia com um novo processo de trabalho e o compromisso dos profissionais com a saúde pública e a saúde da família. Os enfermeiros continuam num processo contínuo de construção e reconstrução de uma prática de saúde voltada a atender às necessidades das famílias.

O processo de implantação dessa estratégia, em Campina Grande, reflete o imenso desafio de se construir uma proposta que possui, no seu cerne, a intenção de mudança de modelo. Porém, também nos possibilita vislumbrar que os avanços podem ser reais, na medida em que a estratégia, tida como uma proposta do governo, passa a ser um processo de construção diária nos seus macros e, principalmente, microespaços de poder, onde o trabalho em saúde se constrói e reconstrói, onde as forças políticas e a participação comunitária acontecem e determinam o rumo de todo o processo.

A ESF é hoje uma política pública que apresenta no seu bojo o potencial de transformação não só das práticas e dos modelos em saúde, mas também dos cenários sociossanitários e epidemiológicos da comunidade, estando, assim, inserida no conjunto das políticas nacionais/internacionais pautadas na promoção à saúde das populações e na busca pela melhoria das condições de vida das famílias.

## Referências

AROUCA, S. Os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. *Radis*, Rio de Janeiro, fev. 2001.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Saúde da Família: projeto de implantação*. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. A. F. M. R. PSF/PACS: O caminho certo – a experiência de Campina Grande. In: MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. 1., 1995. *Anais...* Campina Grande: Prefeitura/Secretaria de Saúde, 1995.

COHEN, M. M. Programa Médico de Família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do Programa Saúde da Família. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 186-197, maio/ago. 2002.

LE GOFF, J. *A nova história*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, jan./abr. 2002.

MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 1996.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 203-211, 2002.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

# **Contribuição da enfermagem na implantação do programa saúde da família no distrito sanitário norte em Natal/RN**

*Lygia Maria de Figueiredo Melo  
Soraya Maria de Medeiros*

## **Introdução**

O presente trabalho corresponde a um recorte da dissertação de mestrado, que teve, como objeto de estudo, o saber/fazer da enfermeira e as formas de construção de sua autonomia em seu cotidiano de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF).

Considerando-se a necessidade de situar o cenário desta pesquisa – as Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário Norte (DSN) no Município de Natal/RN – foi realizada uma pesquisa documental sobre a implantação do PSF no referido Distrito. A pertinência da pesquisa documental justificava-se como uma forma de reconhecimento do espaço institucional e das suas relações de trabalho, de poder e de formas de organização do cuidado, entre outras. No entanto, ao empreender esta parte da pesquisa, as autoras depararam-se com muitas dificuldades, pela ausência de registro institucional que relatasse o processo de implantação do PSF no referido Distrito.

Desse modo, as pesquisadoras optaram pela realização de um resgate histórico a partir de estudos anteriores que

retratavam a história da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Natal/RN), assim como pela escuta dos atores que participaram do seu processo de implantação.

A Saúde da Família, no contexto atual do SUS, constitui-se como a estratégia de reorganização da Política Nacional de Saúde, não sendo mais enfocada como um programa (Programa Saúde da Família – PSF), e sim como Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela é referida, neste estudo, como PSF, considerando o momento de implantação e sua gênese histórica.

Os objetivos deste trabalho são analisar o processo de implantação do PSF no DSN, no contexto da política de saúde do município, bem como discutir a contribuição da Enfermagem no processo de implantação do PSF no DSN-Natal/RN.

Dessa forma, o estudo propõe-se a preencher uma lacuna de registros históricos sobre a construção do PSF e suas injunções com a política de saúde do Município de Natal/RN, no contexto da política nacional de saúde e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Simultaneamente, há que se considerar que a importância de conhecer a história pregressa de uma instituição e de seus atores é fundamental tanto para se entender o presente, como para evitar erros cometidos no passado, ao mesmo tempo em que permite pensar estratégias de intervenções futuras, visando à transformação da realidade. Dessa forma, justifica-se também a pertinência social da pesquisa, como contribuição aos movimentos de lutas e conquistas pelo direito de acesso a serviços básicos de saúde, assim como o registro histórico dessa memória coletiva de lutas, pela contribuição à bibliografia existente sobre a temática na região.

Por último, destaca-se a importância de estudos que discutem a contribuição da Enfermagem nas lutas gerais, na perspectiva da visão de sujeito coletivo em sua ação política e compromisso social.

## Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com estudo descritivo caracterizado como estudo de caso. Segundo Yin (2001), esse tipo de pesquisa é apropriado para a investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Foram entrevistadas as enfermeiras das equipes das USFs do Distrito Sanitário Norte (DSN) da cidade de Natal/RN, correspondendo a 14 enfermeiras, enfocando, neste estudo, os seus depoimentos sobre o processo de implantação do DSN e sua participação nesse processo. Também foram entrevistados informantes-chave (IC<sub>1</sub>, IC<sub>2</sub> e IC<sub>3</sub>) do componente gerencial da instituição SMS, com o objetivo de resgatar historicamente o processo de implantação do PSF na Zona Norte. Foram entrevistados o ex-coordenador do Departamento de Atenção à Saúde (DAS), a Gerente do Distrito Sanitário Norte e a Coordenadora do PSF na época do estudo. Concomitantemente, foram consultadas fontes secundárias, a partir de informações extraídas de documentos institucionais.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi utilizado gravador, a fim de garantir a fidedignidade do registro das entrevistas. Posteriormente, as fitas gravadas foram transcritas na íntegra.

Antes da coleta de informações propriamente dita, foram dados todos os esclarecimentos a respeito da pesquisa, assim como solicitamos a autorização da Coordenação do DSN para o processo de coleta de informações. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-lhes os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do CNS para pesquisa com seres humanos. O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética com o nº 11/03.

A análise realizou-se a partir do estabelecimento das categorias analíticas, contextualizando a instituição SMS e

situando historicamente o PSF na SMS-Natal/RN. Dentre as técnicas de análise de conteúdo, fizemos a opção pela análise temática que, segundo Minayo (2000), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, de forma que a presença desses núcleos seja significativa para o objetivo analítico que desejamos alcançar. Para essa autora, qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os -2000).

## **Resultados e discussões**

### *Categoria 1: Contextualizando a instituição SMS-Natal/RN*

Para abordar o processo de implantação do DSN, faz-se necessário entender o contexto da SMS no momento de sua criação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal – SMS – Natal/RN, foi criada em 1986, por meio da Lei nº 3.394, de 21/01/1986, baseada nos princípios e nas diretrizes da Reforma Sanitária, em meio a um contexto, segundo Rocha (2000), de conflitos de mudança organizacional entre o modelo assistencial hegemônico e o vinculado às novas práticas sanitárias gerenciais, atreladas aos princípios do Movimento Sanitário.

Mota (2003) refere que documentos institucionais, datados de 1987, indicam que, desde essa época, a equipe de sanitaristas que participava da gerência dessa instituição tinha, naquele momento, a preocupação de pensar em estratégias na perspectiva do planejamento ascendente a partir das unidades de saúde. Para essa autora, a SMS naquele período caracterizava-se pela estruturação de equipes interdisciplinares e pela adoção de planejamento local baseado no diagnóstico sócio sanitário elaborado pela equipe, mantendo a realização de fóruns sistemáticos de planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas.

Mota (2003), Massud (2001) e Rocha (2000) identificam que esse momento inicial da SMS teve, como ponto favorável, a permanência de um único gestor de saúde no período de 1986 a 1989. Em contrapartida, a pasta de Secretário de Saúde dos períodos que sucederam passou por uma alta rotatividade, favorecendo a descontinuidade do processo de gestão.

Nesse sentido, Mota (2003) afirma que cada mudança significava alteração nas prioridades, na condução do processo e nas equipes de nível central, considerando-se os cargos que eram disputados entre políticos aliados, atendendo a interesses pessoais ou grupais. Nas entrevistas, em geral, foi referido que alguns gestores demonstraram grande despreparo técnico, no que diz respeito ao SUS, trazendo sérias consequências para definições de políticas da instituição SMS.

Segundo documentos oficiais da própria SMS (NATAL, 2003), na década de 1990, reproduzindo o mesmo contexto de crise evidenciado nacionalmente, observam-se a deterioração da rede assistencial do município, a desigualdade de acesso, o sucateamento das estruturas físicas e o desabastecimento de material, além da falta de uma política de recursos humanos. As preocupações com o financiamento, com as formas de atender à demanda urgente, gerando consultas, passaram a ser preponderantes em relação às discussões e maneiras efetivas para se trabalhar com o planejamento, mecanismos efetivos de regulação, controle e avaliação, além de mecanismos de negociação. Todos esses elementos são fundamentais à consolidação de uma assistência de qualidade à população.

Esses dois momentos são percebidos na fala de uma enfermeira que acompanhou de perto esse processo:

Essa metodologia de trabalho do PSF, era algo que desde o início da Secretaria, de alguma forma a gente já propunha. A gente já fazia supervisão das unidades e propunha isso. Não é totalmente uma novidade pra mim. É novidade no fazer; mas, não no pensar e no acompanhar as equipes. Era algo muito



interessante, porque a gente já propunha a delimitação de área, a gente falava na prioridade para uma ação preventiva, na vinculação com grupos na área, [...] Para mim, no início da Secretaria era muito legal e, no que deu para acompanhar. [...] é que a coisa desandou depois (E13).

Entretanto, segundo Moura (1992), a não ser por experiências bem pontuais, a maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da SMS tinha um processo de trabalho característico do modelo médico-privatista, centrado no cuidado individual do corpo doente.

É, pois, nessa mesma década e em meio a um cenário de grandes instabilidades institucionais, que surge o PSF na Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

No Município de Natal/RN, o PSF é implantado em 1994, como estratégia de transformação do modelo assistencial vigente. Naquele momento, segundo documentos oficiais (NATAL, 2003), o PSF não conseguiu impulsionar a dinâmica de transformação pretendida, talvez pela ausência de mecanismos de gestão capazes de superação das práticas corporativas e culturais. Acrescentam-se ainda a baixa cobertura populacional e o financiamento restrito.

Segundo Rocha (2000), é só a partir de 1997 que o PSF começa a despertar interesse no cenário institucional. Concomitante, no nível nacional, há um maior incentivo aos municípios por parte do Ministério da Saúde. No entanto, assim como no cenário nacional, o PSF é implantado na SMS-Natal/RN de forma marginal, sendo observada certa tensão entre os atores institucionais que passaram a perceber essa estratégia como uma ameaça a possíveis estabilidades das práticas organizacionais. Somente em 1998 iniciam-se de fato as atividades em áreas previamente selecionadas, com base em critérios epidemiológicos, principalmente por apresentarem maior índice de mortalidade infantil, maior concentração de favelas e isolamento em relação a serviços assistenciais.

Vale ressaltar que a falta de um projeto institucional, que, de fato, assumisse o PSF como estratégia estruturante da atenção básica no município, fez com que esse processo ficasse estagnado por quatro anos, sem investimentos específicos voltados para o PSF.

## *Categoria 2: Situando historicamente o PSF na SMS – Natal/RN*

A segunda fase da implantação do Programa no município corresponde ao momento em que o PSF é implantado na Zona Norte de Natal, em 2002, particularmente nos bairros de Lagoa Azul e Potengi, com a convocação inicial de 36 equipes e, no mesmo ano, mais duas equipes no bairro de Pajuçara.

Sobre a implantação do PSF, no Distrito Norte, praticamente não existe registro escrito. Dessa forma, utilizaram-se entrevistas de informantes-chave (IC): o ex-chefe do DAS, assim como da gerente desse Distrito na época, com o intuito de reconstituir algumas informações sobre a construção desse processo.

A fala do IC<sub>1</sub> revela que havia *a priori* alguns dados, nos quais a SMS se apoiou para justificar a intenção de priorizar a expansão do PSF no DSN:

[...] nós tínhamos alguns estudos que apontavam o seguinte: a Zona Norte tinha algo em torno de 250.000 habitantes, apresentava aproximadamente 1/3 da população do Município de Natal. E quando a gente ia fazer alguma avaliação de assistência de serviço, essa assistência não correspondia a 10% do que a Secretaria tinha distribuído na capital. Aliás, era o Distrito de menor assistência à saúde na capital: tinha uma carência absoluta de serviços essenciais. Além do pouco serviço que existia, era extremamente concentrado numa região muito central do Distrito, e toda área de periferia do Distrito tinha verdadeiros clarões assistenciais. As pessoas tinham que se deslocarem distâncias imensas em busca de serviços, e não dispunham sequer de linha de transportes para que se pudesse cobrir essa assistência. [...] (IC<sub>1</sub>).

A SMS partiu de avaliações que apontavam para uma rede de serviços pouco resolutiva e que não garantia o acesso à população, assim como da própria dinâmica de expansão nacional do PSF, estimulada pelo MS, na perspectiva de aumentar a cobertura do Programa nas grandes cidades. Considerou ainda o conhecimento de algumas experiências municipais exitosas, com a contribuição de um técnico do MS nas discussões das estratégias para essa expansão. Isto pode ser constatado no depoimento a seguir:

A experiência que nós trouxemos foi a experiência de Minas Gerais, do Município de Contagem. Nós contamos com a parceria do Ministério da Saúde, com um técnico do Ministério que, inclusive é ex-secretário de Contagem e foi quem fez a implantação desse serviço em Contagem (IC<sub>1</sub>).

Na perspectiva da instituição, alguns fatores foram primordiais para a escolha do Distrito Norte como área estratégica para a retomada da expansão do PSF, além do diagnóstico carential de assistência à saúde, como é demonstrado na próxima fala:

O fato do Distrito Norte não ter nada [de PSF]; ser um ponto zero, para nós era importante. Estar discutindo essa proposta de rede [...] porque o DSN não tinha talvez as dificuldades estruturais e os vícios que a gente já tinha no Distrito Oeste. Se a gente fosse analisar, por exemplo, a proposta de quadro de Unidade de Saúde, o DN era um Distrito altamente interessante: ele tinha um hospital geral que dava apoio inclusive à obstetrícia; ele tinha um hospital de pediatria, e unidade de pronto atendimento. Faltava resgatar a unidade de assistência básica e o nível intermediário entre a rede básica e o hospitalar; daí a nossa ideia, de fazer essa tentativa de montar a rede (IC<sub>1</sub>).

Desse modo, foi a partir de discussões em reuniões que se pensou o PSF para o DSN. Nessas, sistematicamente, faziam parte, além do técnico do Ministério, o coordenador do DAS e a Coordenação de Planejamento. No entanto, apenas pontualmente alguns outros atores participaram, quase sempre com grande rotatividade. Acerca dessa proposta inicial para a expansão do PSF em toda Natal, pode-se apreciar informações no seguinte depoimento:

[...] começaríamos pelo DSN, com a proposta de fechar 100% esse Distrito. Depois, com essa proposta já discutida, mais bem definida e até analisada (feitas as críticas) passaríamos para Distrito Oeste e aí, com a finalidade de fechar todo o Distrito, mas já obedecendo as mesmas características do Norte, que seria a construção de rede mesmo. Depois passaríamos para as áreas mais carentes dos outros dois Distritos de Natal: do Distrito Sul e Leste (IC<sub>1</sub>).

Vale ressaltar que, seguindo a característica de grande rotatividade gerencial existente na SMS, também o DSN teve um processo descontínuo de gerenciamento, desencadeado pelas inúmeras trocas de gerentes. Segundo informação da Coordenação do PSF do ano de 2002, a pasta referente à gerência desse Distrito já havia sido ocupada, desde a sua criação em 1991 até 2001, por 12 gerentes, sendo que a maior rotatividade ocorreu após 1999.

A participação dos técnicos desse Distrito na elaboração da proposta de implantação das equipes de PSF se deu de forma descontínua e esporádica e se restringiu a oferecer informações da realidade de saúde (epidemiológica e sanitária) do território do Distrito, assim como dados referentes aos recursos humanos, informações da rede de serviços e localização dos clarões assistenciais.

A participação incipiente do corpo técnico do nível central e distrital da SMS, como também de profissionais da rede já existente, além do componente dos usuários, demonstra que, no momento em que se inicia o processo de implantação, havia, mais uma vez, uma baixa adesão institucional a essa estratégia, assim como debilidade no processo de democratização, mesmo que existisse, desde julho de 2001, a Lei Municipal nº 032, que elege o PSF como eixo estruturante do modelo de atenção do município (NATAL, 2001).

Pouco ou nenhum envolvimento de outros atores institucionais é percebido. Esse fato é claramente demonstrado pela avaliação que IC<sub>1</sub> faz em relação à proposta de implantação do PSF no DSN:

[...] o grande pecado é que ela não foi institucional, por mais que nós tentássemos. E até foi uma proposta de gestão municipal, porque, naquela época, a prefeita apostou no processo e incentivou. Agora, a nossa secretaria (SMS) não apostou no processo. Nós tivemos vários embates dentro da própria Secretaria. Foi uma coisa do DAS. Na verdade, de dois departamentos: o DAS e do Planejamento. Mas não foi uma coisa da Secretaria toda, porque essa proposta mexeu com a existência de poder dentro da instituição. O processo formal, como ele está hoje, ele tem a existência de poder bem definido. Quem contrata, por que contrata, para que contrata, tudo isso, tem uma estrutura de poder dentro da instituição. E é interessante para algumas áreas que elas se mantenham. A proposta do PSF, nessa perspectiva de rede, ela quebrava também com esse processo da relação, inclusive de contratos dentro da Secretaria, porque lançaria contratos dentro agora de uma proposta de necessidade e quebrava a proposta de contrato de oferta (IC<sub>1</sub>).

A fragilidade da democratização no âmbito institucional é percebida como problema. A redistribuição de poderes, dentro das instituições de saúde, parece ser o caminho necessário para a implantação de uma proposta como o PSF.

Vale ressaltar que esta fragilidade da democratização no momento da implantação do PSF no DSN difere dos resultados analisados no estudo de Rocha (2000) sobre o DSO, em que foi evidenciada outra conjuntura, já que, ao ser implantado o PSF no DSO, constatou-se um grande envolvimento do nível local.

O gerente do DSN na época da implantação do PSF demonstra muito bem a diferença desse envolvimento:

Quando eu cheguei, já estava pensando aonde iria ser o PSF. Algumas casas já alugadas, outras em reformas e outras em construção. E também cheguei ao exato momento em que o DSN estava totalmente sem gerência, sem a pessoa do gerente. Toda a equipe estava centralizada em uma única sala. O DSN passou dois anos sem gerente, essa foi a informação que eu tive. A equipe também estava esfacelada, porque cada um tinha procurado também sair, procurando novos rumos. E as duas técnicas que faziam parte do setor

de recursos humanos foram convocadas pelo nível central para convocar o pessoal que tinha sido aprovado no concurso do PSF [...]. O PSF foi pensado de uma maneira lá no birô, sem ser discutido. Quando chegamos aqui, tivemos que discutir muito essa proposta, essa nova estratégia, só que muitas coisas só discutindo, sem ser avaliada. E tem que ser avaliado, todo o trabalho tem que ser avaliado. E dentro dessa avaliação tem que ser retomado o processo e verificar onde é que ele está estrangulado, para poder se avançar. A gente sentia que essa avaliação não existia, como também não existia a preocupação até de ouvir para que a gente consertasse os estrangulamentos e que viesse a implantar um PSF com total segurança (IC<sub>2</sub>).

Mendes (1993) afirma que é necessário transcender a concepção de Distrito restrita apenas a uma superfície-solo e às características geofísicas, e ampliá-la, entendendo esse espaço como território econômico, político, cultural e epidemiológico. Também é fundamental que as instituições de saúde desenvolvessem suas políticas articuladas com essa concepção, ou seja, concebiam o Distrito Sanitário como espaço de processo social de mudança das práticas sanitárias onde, de fato, poderemos exercer a hegemonia do modelo sanitário.

É clara, para a enfermeira (E<sub>2</sub>), a importância de os gestores de todos os níveis se envolverem com a implantação do PSF:

A Estratégia precisaria ser mesmo incorporada, abraçada pelos gestores: gestor municipal, gestor da saúde. Os gestores dentro de um município têm que se envolver com essa ideia. Ela não pode ser uma ideia da cabeça dos profissionais que defendem o SUS, que conhecem o SUS e que estão a fim de que as políticas priorizem as diretrizes, mas [...] Isso, eu acho, ainda está longe de acontecer (E2).

Parece que não foi esse o entendimento da SMS no momento em que coordenava o processo de implantação do PSF no DSN. Essa postura fica clara, por exemplo, quando, no dia 04/07/2001, a SMS, por meio do Ofício de nº 1.356/2001-GS, convida alguns atores institucionais para participarem de uma Oficina Técnica sobre a Reorganização de Assistência

à Saúde no Distrito Norte, para apresentar a proposta da instituição, e não para construí-la. A oficina, realizada no dia 10/07/2001, no auditório do Centro de Formação de Pessoal do Estado (CEFOPE), tinha o objetivo de aprofundar a proposta e definir temas para um Seminário Municipal. No entanto, esse seminário nunca ocorreu.

Os equívocos na gerência do DSN nos últimos anos foram evidenciados nas falas dos depoentes. Os próprios representantes institucionais referem que, por quase dois anos, houve ausência de gerência do Distrito. Mas o que de fato ocorreu é que, oficialmente, sempre alguém esteve ocupando a pasta de gerente nesse Distrito, embora a má condução do gerenciamento, bem como as frequentes ausências físicas tenham levado a essa conclusão. Essa realidade trouxe repercussões danosas não só a todo o processo de implantação do PSF, mas a toda a atenção à saúde prestada à população sob a responsabilidade do Distrito Norte.

Ah! Isso teve um prejuízo incalculável! Nesse momento, foi um momento crítico político-administrativo. Primeiro teve uma gerência que não era muito presente. Passou, acho, algo em torno de quatro meses e depois ficou realmente um bom tempo acéfalo mesmo (IC<sub>1</sub>).

Esses fatos também revelam a falta de um projeto político comprometido com a saúde, no Município de Natal, onde a política partidária tem ditado os caminhos e as escolhas de alguns cargos:

O momento político-partidário era muito ruim dentro da SMS [...]. Era época de campanha política [...] isso complicou um pouco o processo (IC<sub>1</sub>).

Ressalta-se que, no período de maior ingerência do DSN, além da falta de detalhamento escrito da proposta institucional e da não participação efetiva dos atores locais, ainda foram desativadas unidades básicas tradicionais e seus respectivos laboratórios de patologia clínica, antes da implantação das

USFs, o que levou a uma desorganização em toda a estrutura da rede. Soma-se a esses fatos a ausência de critérios na escolha das casas alugadas que seriam transformadas em unidades de saúde. Mesmo sofrendo reformas e ampliações, a estrutura física dessas unidades ainda hoje é bastante precária, com espaços insuficientes, portanto, inadequados para o desenvolvimento das atividades, o que se reflete na qualidade da assistência prestada à população.

Desde o início do PSF, enfrentamos problemas de gerenciamento de apoio com relação à infraestrutura mínima para que pudéssemos desenvolver melhor as ações do PSF, as metas prioritárias do PSF [...] (E<sub>3</sub>).

Sem dúvida, no momento em que se faz uma opção pelo PSF, pode-se avançar na perspectiva de efetivação do SUS no município. O fato de o município explicitar oficialmente, pela primeira vez, a sua opção por um modelo de atenção coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde é algo marcante na construção de Sistema de Saúde local.

Os estudos de casos desenvolvidos por Viana e Dal Poz (1998), em alguns municípios do país, possibilitaram a identificação de três modelos de implantação do PSF: modelo regional, modelo singular e modelo principiante. Tais modelos estavam relacionados com o tipo de adesão regional, com o tamanho do município, com o funcionamento do sistema local de saúde, e com os atores políticos presentes na sustentação do programa, ou seja, a base social do programa.

Segundo esses autores, o modelo regional é caracterizado pelo desenvolvimento regional do programa, isto é, no nível local ele é influenciado fortemente pela política estadual de apoio a mudanças nas práticas assistenciais de saúde, especificamente a atenção primária. Soma-se ainda o fato do grande apoio e participação da população.

Já o modelo singular tem um alto nível de autonomia, pois conta com a própria estrutura da Secretaria Municipal de



Saúde ou de uma instituição privada, sem que haja envolvimento de outras esferas de governo. São normalmente municípios ou áreas que tiveram experiências piloto, como é o caso de Niterói e o Projeto Qualis no Município de São Paulo.

Quanto ao terceiro tipo de implantação, o modelo principiante, caracteriza-se por ser um modelo incerto, pouco desenvolvido, sem participação da comunidade. Além disso, desenvolve-se de forma isolada, tanto das demais esferas de governo, como da própria comunidade. Os resultados obtidos nos municípios com esse nível de implantação são indicativos de que, quando há ausência de gerência institucional, de apoio de outras instâncias, além falta de participação da comunidade, é quase impossível o desenvolvimento do programa do tipo PSF.

## **Considerações finais**

O processo de implantação do PSF no Município de Natal tem como marca a baixa adesão institucional, sem participação da comunidade, bem como a ausência de um projeto político. Essas características mantiveram-se no momento em que a SMS inicia seu processo de expansão do PSF no DSN.

Pode-se inferir, portanto, que esse modelo se caracterizou como modelo frágil de implantação, com um leque de dificuldades a serem enfrentadas pelas gestões posteriores à sua implantação.

Essa realidade local, que é semelhante a várias outras experiências de implantação em outros municípios brasileiros, é também constatada por Favoreto (2002), ao estudar a trajetória do PSF em alguns municípios brasileiros, entre os quais Natal/RN. Os resultados alertam para o fato de que a característica predominante do Programa é a extensão de cobertura assistencial, o que vem, segundo o autor, determinando um formato

técnico e operacional tanto para as equipes do PSF, como para os sistemas regionais e municipais, marcados pela introdução de ações focalizadoras.

Na visão das entrevistadas, o PSF é um caminho para a consolidação do SUS e para a reorientação da atenção básica, desde que permaneça atrelado aos seus princípios norteadores, o que ainda constitui um grande desafio no município de Natal/RN, particularmente no DSN.

Do ponto de vista plástico/estético e estrutural, identifica-se USFs funcionando em espaço físico inadequado para o desenvolvimento de ações preconizadas pelo PSF, além da existência de áreas descobertas pelo programa em torno das unidades já implantadas, comprometendo, desse modo, o princípio da universalidade do acesso. Tal fato gera tensão e desgaste emocional em toda a equipe em razão da percepção cotidiana da incapacidade física e humana dos profissionais em atenderem à demanda excedente proveniente dessas áreas.

Portanto, torna-se premente a garantia do acesso por meio do compromisso da SMS/Natal com o fortalecimento da atenção básica mediante expansão do número de equipes de Saúde da Família, do apoio institucional aos processos de trabalho, do estabelecimento de diretrizes para a educação permanente e para gestão participativa, além da implantação de mecanismos para a organização e qualificação de redes de atenção à saúde que garantam uma atenção resolutiva e humanizada.

Constatou-se, ainda, que as enfermeiras depoentes entendem a necessidade de assumir o protagonismo na construção do compromisso com a qualidade da assistência prestada à população e com políticas públicas que viabilizem a construção de uma sociedade mais justa, democrática e não excludente, evidenciando, assim, um compromisso com a defesa da vida e com a cidadania.

## Referências

- FAVORETO, C. A. O. *O PSF no Brasil: do discurso e das práticas*. 2002. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- MASSUD, S. G. *Análise da política de gestão da atenção básica no município de Natal*. 2001. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2001.
- MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 159-185.
- MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-300.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MOTA, M. L. *O planejamento estratégico situacional no trabalho de assistentes sociais: um estudo na rede básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Natal*. 2003. 107 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.
- MOURA, R. M. F. *O processo de trabalho da equipe multiprofissional em centros de saúde: (VI) vendo e indagando*. Salvador: Mimeo, 1992.
- NATAL. Lei complementar n. 32, de 06 de julho de 2001. Define critérios para reorganização da Atenção Básica à Saúde no município do Natal, amplia as equipes de saúde da família, institui as gratificações de incentivo correspondente e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado*, Natal, 7 jul. 2001.
- NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de expansão e consolidação do programa saúde da família*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ROCHA, N. S. D. *Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?* 2000. 172 f. Dissertação (Mestrado em política, planejamento e administração em saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VIANA, A. L. D.; DALPOZ, M. R. A Reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.



# História e memória do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal (RN): 1909-2000<sup>1</sup>

*Djailson José Delgado Carlos  
Raimunda Medeiros Germano  
Maria Itayra Padilha*

## Introdução

Fundado em 12 de setembro de 1909, em Natal, capital do Rio Grande do Norte (RN), cuja finalidade foi a de reorganizar a assistência à saúde no Estado (CASCUDO, 1999), o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com a criação da Universidade Estadual do RN, em 1958, foi incorporado a esta Instituição e, desde então, funciona como hospital escola para os cursos da área de saúde.

Sua existência, marcada por transformações em sua estrutura física e organizacional, sendo acompanhada de sucessivas mudanças de nomes, a saber: Hospital de Caridade Jovino Barreto (1909), quando da sua fundação, Hospital Miguel Couto (1935), Hospital das Clínicas (1960), por ocasião da federalização da Universidade e, a partir de 1984, passou a denominar-se Hospital

---

1 Artigo publicado na História da Enfermagem Revista Eletrônica – HERE, no ano de 2013, volume 4, n. 1, gentilmente cedido à Editora da UFRN para reprodução como capítulo deste livro. [CARLOS, Djailson José Delgado; GERMANO, Raimunda Medeiros; PADILHA, Maria Itayra. História e memória do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal (RN): 1909-2000. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica – HERE*, v. 4, n. 1 p. 38 – 57, 2013.]

Universitário Onofre Lopes, em homenagem ao primeiro Reitor (CASCUDO, 1999; SARINHO, 1988).

Atualmente desempenha importante papel como centro de pesquisa científica e conhecimentos aplicados à saúde, desenvolvendo, para tal, atividades de ensino, pesquisa e extensão. Quanto à assistência, integra-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), prestando serviços médico-hospitalares, desde o atendimento ambulatorial até serviços de alta complexidade, atendendo, conforme o sistema de referência e contra-referência a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Postos de Saúde e outros hospitais do Estado.

Diante dessas considerações, historicizar a evolução do HUOL e sua relação com o ensino de saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) constitui o objeto deste estudo.

Assim sendo, tornou-se importante investigar sua origem e os pontos marcantes de sua evolução, decidindo-se por reunir o máximo de informações para a construção desta história, abrindo perspectivas para o conhecimento da Instituição pelo fato da mesma ser para o RN a referência mais tradicional na formação dos profissionais de saúde.

## **Metodologia**

Pesquisa histórica, do tipo revisão bibliográfica que teve como cenário um hospital escola centenário. Esse tipo de pesquisa relaciona-se a motivações distintas e surge através de consultas às diversas fontes, sejam primárias ou secundárias, por meio das quais são estabelecidas novas conexões e comparações dos fatos estudados, que resultam em um novo conhecimento.

O trabalho da pesquisa histórica compreende dois momentos: a definição do assunto a pesquisar e a busca das fontes de informação (ARÓSTEGUI, 2006), que devem ser vistas como a via pela qual o pesquisador entra em contato com o objeto do estudo, analisando-o em seu tempo, assim recupera a memória,

ajudando a salvar o passado para servir ao presente e ao futuro (PORTO et al., 2000; LE GOFF, 2003).

A pesquisa histórica assemelha-se à pesquisa documental e por se relacionarem, apresentam as seguintes vantagens: fonte rica e estável de dados; resiste ao longo dos anos, baixo custo; não exige contato com os sujeitos da pesquisa; e contribuem para compor a história em uma determinada época (PORTO et al, 2000).

Trabalhar nesta possibilidade permite buscar as raízes dos significados, extrapolando a visão superficial dos fatos, bem como possibilita conhecer a realidade e os atores sociais, assim como os significados das fontes (MINAYO, 1994). Nessa perspectiva, estabeleceu-se como recorte temporal o período compreendido entre 1909 e 2000, por tratar-se, respectivamente, do ano de sua fundação e da criação do Complexo Hospitalar e de Saúde (CHS) que reestruturou os serviços de saúde da UFRN.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2005 e, para ter acesso às fontes primárias, foram previamente solicitadas autorizações ao Arquivo Geral do Estado, à Direção do HUOL e ao Instituto Histórico e Geográfico do RN.

De posse do material empírico (documentos, fotos, atas, jornais, relatórios, cartas, Diários Oficiais etc) que versam sobre a UFRN e o Hospital, efetuou-se uma seleção criteriosa que privilegiasse os aspectos mais expressivos da vida da Instituição, levando-se em consideração a cronologia dos acontecimentos. Essa conduta possibilitou apreender que esta evolução foi sendo lentamente construída. Para tal, contou também com alguns estudos acadêmicos (TIMÓTEO, 1997; MENEZES, 2005) e publicações existentes (CASCUDO, 1999; SARINHO, 1988; ARAÚJO, 1983).

Sua realização obedeceu às diretrizes da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e seu desenvolvimento tornou-se possível com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, conforme Parecer nº 81/2004.



## Resultados e discussão

À época da fundação do Hospital de Caridade Jovino Barreto (HCJB), a cidade de Natal, capital do Estado do RN, encontrava-se em um lento processo de urbanização. Sua população era de aproximadamente trinta e um mil habitantes e, em função da deficiente infraestrutura rododferroviária, permanecia praticamente isolada das demais cidades do Estado (CASCUDO, 2010).

A fundação desse serviço decorreu da necessidade de organizar uma assistência condigna à população, considerando que, até então, a única instituição destinada ao atendimento de doentes era o Hospital de Caridade, localizado à Rua da Misericórdia, no bairro da Ribeira, mesmo assim, em precárias condições (CASCUDO, 2010).

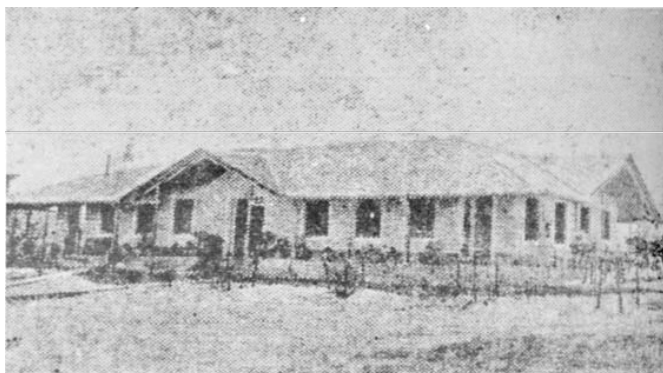
Naquele tempo, início do século XX, o bairro da Ribeira concentrava praticamente todas as atividades da cidade de Natal. Grande parte das negociações comerciais ocorria na Rua do Comércio, hoje Rua Chile, devido à concentração de armazéns. Lá, negociava-se pau-brasil, açúcar, algodão, sal, peixe seco, entre outros produtos. Nesta mesma rua, precisamente no número 106, encontrava-se o Palácio da Ribeira, sede do Governo do Estado. Na Ribeira, havia também uma fábrica (Fábrica de Fiação e Tecido de Natal) de propriedade de Jovino Barreto, que permaneceu como a primeira e única da cidade, até meados da década de 1940 (CASCUDO, 1999).

Considerando-se que Natal se organizava, fatos importantes em seu processo de urbanização ocorreram nas duas primeiras décadas do referido século, contribuindo para o seu desenvolvimento. Isso fica bem evidente quando Alberto Frederico de Albuquerque Maranhão, Governador do Estado, e Joaquim Manuel Teixeira de Moura, presidente da Intendência Municipal, criaram o terceiro bairro de Natal, totalmente planejado, através da Resolução nº 55, de 30 de dezembro de 1901, denominado de

Cidade Nova. Atualmente este bairro compreende aos bairros de Petrópolis e Tirol (CASCUDO, 2010; LIMA, 2003).

Nesse contexto, primórdios do século XX, foi criado o HCJB através do Decreto nº 205 de 21 de agosto de 1909, e inaugurado em 12 de setembro do mesmo ano, em uma casa de veraneio adaptada, cuja área construída era de 300 metros quadrados, localizado no monte Petrópolis. Naquela ocasião, dispunha, tão-somente, de 18 leitos, destinados ao atendimento de pessoas carentes e, administrativamente, encontrava-se subordinado ao Estado por meio da Inspetoria de Higiene e Saúde (CASCUDO, 2010).

Figura 1 – Hospital de Caridade Jovino Barreto, 1909



Fonte: Arquivo Geral do Estado

Sobre a inauguração do HCJB, o Dr. Januário Cicco foi o primeiro diretor, tendo sido nomeado em 31 de agosto de 1909, e que José Lucas do Nascimento foi o primeiro “enfermeiro”, tornando-se um “doutor” de gente pobre, popularíssimo, sob o apelido de José Enfermeiro. Para a assistência aos enfermos e direção doméstica, foi contratado um grupo de religiosas da Ordem Filhas de Sant’Ana (CASCUDO, 1999). A título de esclarecimento, para este manuscrito foi adotada a utilização de aspas para identificar os profissionais práticos, ou seja, aqueles que

exerciam suas atividades laborais e desfrutavam de reconhecimento, mas sem a devida formação profissional.

A respeito do “enfermeiro” José Lucas do Nascimento, ele é descrito como sendo muito dedicado, sempre pronto para o atendimento a qualquer paciente e que chefiava o serviço de Enfermagem nas enfermarias masculinas (SARINHO, 1988). Acerca deste fato, faz-se necessário esclarecer o caráter essencialmente empírico da Enfermagem da época, visto que, o ensino com base tecnocientífica no Brasil, estruturou-se apenas no ano de 1923, na cidade do Rio de Janeiro, capital da federação, com o funcionamento da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atual Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) (GERMANO, 1993).

Assim uma vez contratada para assistir a um doente, qualquer pessoa, homem ou mulher, adquiria prática e daí por diante, por presunção, firmava reputação de entendida em Enfermagem (SANTOS FILHO, 1977). Assim, ainda que reconhecido profissionalmente por suas habilidades e qualidade de seus serviços, José Lucas do Nascimento não dispunha de nenhuma formação profissional formal, ainda que fosse denominado de “enfermeiro”.

Para fins informativos, no que tange ao ensino da Enfermagem Moderna no RN, sua institucionalização ocorreu em 1955, após a autorização para funcionamento da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Natal (EAEN), destinada à formação profissional de nível médio. Naquele tempo, em conformidade com material empírico consultado, não havia recursos humanos e materiais que atendessem às exigências do ensino superior.

Sobre enfermeiras diplomadas no RN, a primeira de que se têm notícias foi a potiguar Elita Silveira, formada na EEAN, que em 1950, a convite da Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH) participou da fundação e compôs a Direção da Escola de Enfermagem de Natal, mas pelos motivos anteriormente explicitados, não funcionou. Sobre ela, sabe-se que exerceu

suas funções na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), aguardando pelo atendimento às exigências necessárias para o funcionamento da Escola. Também atuou em Recife/PE e anos mais tarde foi Diretora da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas, em Maceió/AL (SANTOS; LEITE, 2004). A segunda enfermeira, foi a Filha de Sant'Ana, Irmã Anna Tereza de Jesus Rocha, natural de Belém/PA, vinda de Recife/PE, formada pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), no ano de 1953, para trabalhar no HUOL. Ela é uma das 12 sócias fundadoras da Associação Brasileira de Enfermagem, seção RN, em 15 de maio de 1960 e a primeira presidente (CARVALHO, 2008; CARLOS, 2005).

Retornando ao funcionamento do Hospital, as religiosas vieram de Recife/PE e foram contratadas para a assistência aos enfermos e direção doméstica. A respeito da composição numérica desse grupo há controvérsias de serem sete (TIMÓTEO, 1997), sob a supervisão de Cosma Campani e que entre elas, havia uma licenciada em Serviços Farmacêuticos e de serem cinco (CASCUDO, 2010), Cosma Campani, como Superiora, Rosa Sampaio, Helena Maria Meneses, Rinalda Mereti e Alinda Gararaglia, as auxiliares. O Hospital também dispunha de pessoal para as funções de serventes e jornaleiros (TIMÓTEO, 1977).

Dados fornecidos Diretoria Geral de Estatística demonstram que ano de 1909 foram atendidos 289 enfermos, distribuídos entre homens, mulheres, crianças, incluindo estrangeiros. Destes atendimentos, 135 foram de clínica médica, 113 de clínica cirúrgica, 25 de dermatologia, 12 de pediatria, dois de oftalmologia, e dois partos. Também há informações de que ocorreram 26 óbitos. Informa também que o Hospital encontrava-se instalado em um edifício adaptado, disposto em um único pavimento e que era mantido pelo Estado, destinando-se ao atendimento de pacientes indigentes, denominação comum à época, aos que não dispunham de recursos, e, para tal, disponibilizava enfermarias masculina e feminina (HOSPITAL DE CARIDADE JOVINO BARRETO, 1909).

Nesse cenário, Januário Cicco era médico parteiro, oculista, dentista, dermatologista, analista, colaborando na administração interna da casa, aparando os golpes imprevistos com discreta agilidade, irradiando bom-humor, entusiasmo e sonhos (CASCUDO, 1999). Vê-se aqui o quanto essa realidade diverge diametralmente da situação atual, na qual para cada área existe um especialista.

E assim permaneceu por muitos anos até que em 15 de janeiro de 1917, por nomeação do Governador do Estado, Joaquim Ferreira Chaves, o médico Octávio de Gouveia Varela, na condição de ajudante, juntou-se a Januário Cicco nos afazeres hospitalares. Durante quase 19 anos, os dois foram irmãos e amigos neste “sacerdócio”, dividindo entre si as tarefas de atender a todos os necessitados (ARAÚJO, 1983).

Passados 10 anos de sua inauguração, a Diretoria Geral de Estatística refere-se ao Hospital como estando melhor estruturado, dispondo de sete enfermarias, cinco masculinas e duas femininas, porém carente de serviço de ambulância. Informa também sobre a construção de acomodações para pensionistas de primeira e segunda classe, de uma moderna sala de operações, com espaços destinados ao tratamento de feridas e à esterilização de materiais. Do ponto de vista de pessoal, esse documento relata que o grupo foi acrescido de mais um cirurgião, um “dentista”, uma “parteira” (Leonor Monteiro da Silva) e uma “enfermeira” (Maria de Jesus) (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1919).

Próximo de completar duas décadas de fundação, apresentando-se fisicamente ampliado, mais confortável e dispondo de um quadro profissional diversificado, o HCJB deparava-se com dificuldades relacionadas à burocracia, bem como com a escassez de recursos materiais e financeiros.

Data de 25 de maio de 1927 a fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH). Sediada em Natal, tinha caráter privado e beneficente, cuja finalidade era a assistência médica

e o amparo hospitalar aos pobres do Estado. Sua validade era indefinida e apresentava a seguinte composição: Januário Cicco (diretor-médico), João Crisóstomo Galvão Filho (tesoureiro) e Fernando Gomes Pedrosa (secretário) (CASCUDO, 210).

O HCJB permaneceu sob a administração direta do Estado até 30 de junho de 1927, data em que foi lavrado o contrato entre José Augusto Bezerra de Medeiros e Januário Cicco, Governador do Estado e diretor da SAH, respectivamente. Neste documento, o Estado entendeu de desoficializar suas atenções, transferindo-as à SAH, tornando-a, assim, responsável pelo gerenciamento, planejamento e administração dos recursos do Hospital (RIO GRANDE DO NORTE, 1927).

Em linhas gerais, esse contrato, cuja validade era de 20 anos a contar de 01 de julho de 1927, orientava a Sociedade a conservar os profissionais já existentes no Hospital, em iguais condições dos funcionários do Estado, bem como assumir toda responsabilidade quanto às futuras nomeações e gerenciamento dos recursos. Também foi condição contratual a construção de uma maternidade e a criação de uma Escola de Enfermeiras e Parteiras<sup>2</sup>.

De acordo com os registros da transferência administrativa e financeira para a SAH, o Hospital encontrava-se assim

- 
- 2 Criada em 1943 e fundada em 1950, esta Escola teve que aguardar até 1955 (autorização) e 1956 (funcionamento) para dar início às atividades, pois, ainda que correspondesse a um desejo antigo, não havia recursos materiais e humanos para fazê-la funcionar. Especificamente sobre a fundação, na manhã de 20 de junho de 1950, no Salão Nobre do Hospital Miguel Couto, apresentava a seguinte composição: Onofre Lopes (Diretor), Elita Marinho (Vice-diretora) e Irmã Teodolina Amazonas (Secretária) e, como Conselho Administrativo: Januário Cicco, Ernesto Fonseca, Otávio Varela, João Tinoco, Onofre Lopes (médicos), Nestor dos Santos Lima, Paulo Sobral (advogados), Elita Silveira (enfermeira) e pela religiosa Irmã Belém. Percebe-se nessa composição o não cumprimento do preceito básico da Enfermagem Moderna de que a escola para enfermeiras deve ser, obrigatória e administrativamente, de responsabilidade de enfermeiros (CARLOS; GERMANO, 2009).

estruturado: sala de entrada, sala de consulta, sala de odontologia, sala de trabalho das Irmãs, sala da secretaria, sala de ginecologia, sala da farmácia, sala de operações, sala da oftalmologia, cinco enfermarias, refeitório dos enfermos, refeitório das mulheres e saleta anexa, enfermaria das mulheres secção maternidade, dormitório e refeitório das Irmãs, cozinha, dispensa, pavilhão para pensionistas contribuintes (1ª e 2ª classes), e Capela de Sant'Ana. Nessa época, o Hospital dispunha de 93 leitos, assim distribuídos: 1ª enfermaria, com 11 leitos; a 2ª e 3ª com 14 (cada); a 4ª, com 12; a 5ª, com 13; secção de maternidade, com 18; pavilhão de 1ª classe, com seis apartamentos; e pavilhão de 2ª classe, com cinco. O Hospital contava com uma fachada mais apropriada e com um maior número de clínicas (Clínicas Médica e Cirúrgica, Oftalmologia, Laboratório de Análises e Pavilhão de Maternidade) (ARAÚJO, 1983; SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1927).

O contrato celebrado entre o Governo do Estado e a SAH, em 30 de junho de 1927, foi revisto através do Decreto Estadual nº 688/34, assinado pelo Governador Interventor Mário Leopoldo Pereira Câmara. Desta forma, o Termo do Primeiro Aditivo aprovou as seguintes cláusulas: subvenção anual de 150:000\$000 (cento e cinquenta mil réis) a partir de 01 de janeiro de 1935 e determinou o prazo de dois anos para que o Hospital aumentasse o número de leitos em, pelo menos, 200 gratuitos e 21 para pensionistas contribuintes (RIO GRANDE DO NORTE, 1934).

Bem mais ampliado e dispondo de melhores instalações, o HCJB passou a denominar-se Hospital Miguel Couto (HMC), fato este ocorrido em outubro de 1935, com a desaprovação popular, em decorrência da troca do nome de um benfeitor local estimado por todos. Essa mudança atendeu a um capricho do Dr. Januário Cicco, diretor da SAH e do Hospital, embora Miguel Couto fosse cientista, clínico consciente, homem culto, professor e referência de competência (SARINHO, 1988).

Nessa época, o Hospital passa por outro processo de ampliação e modernização dos serviços, sendo acrescido, à

estrutura já existente, o Pavilhão Santa Isabel, com seis apartamentos de luxo destinados a pensionistas, um elevador e o necrotério. Sobre o elevador, de marca OTIS *Elevator Company*, comprado no Rio de Janeiro, torna-se curioso registrar que levou dois meses para ser transferido para Natal, chegando em 10 de junho de 1935 (SARINHO, 1988; SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1935a).

Quanto aos exercentes de Enfermagem, desse período, havia nove irmãs (uma superiora, cinco assistenciais, uma farmacêutica, uma secretária e uma ecônoma), um “enfermeiro” (José Lucas do Nascimento), duas “enfermeiras” (Generosa de Sousa e Maria de Jesus) e duas auxiliares de enfermagem (Joaninha Sales e Francisca Fernandes) (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1935b). Deve-se ressaltar que esta equipe era constituída, na sua totalidade, por práticos de Enfermagem, com maior ou menor experiência.

Vale assinalar que sobre estas pessoas, ora citada, não foi encontrado qualquer documento referente às suas origens, local de nascimento ou mesmo alguns dados pessoais, diferentemente de outros personagens aludidos neste estudo. Pode-se perceber que em uma sociedade de classes, essa ausência de informações, muito provavelmente, esteja relacionada ao lugar que cada pessoa ocupa na hierarquia social.

No período compreendido entre 1935-45, o Hospital amplia suas dependências e cria novos serviços. Dados do Ministério da Educação e Saúde, através do Serviço de Estatística, referente à estrutura física do Hospital, informa que em 1945 encontrava-se assim disposta: 17 enfermarias, sendo sete masculinas e 10 femininas; três salas cirúrgicas, sendo duas assépticas e uma séptica; serviço de raio-x; laboratório de análises; farmácia; gabinete dentário; necrotério; e ambulatório (BRASIL, 1945).

Nesse período, o mundo vivia tensões políticas, econômicas e ideológicas que culminaram na II Guerra Mundial (1939-1945). A adesão do Brasil ocorreu mediante a ruptura das relações diplomáticas com países do eixo (Japão, Itália e Alemanha), de



política autoritária, culminando com o afundamento de vários navios brasileiros por submarinos alemães. Pouco tempo depois, o governo brasileiro colocou à disposição bases aeronavais aos aliados (França, Inglaterra, União Soviética e Estados Unidos) e, no ano de 1944, ocorreu o envio de tropas para o *front*.

A participação do Brasil na guerra foi de fundamental importância para Natal, que se transformou em ponto de passagem das tropas norte-americanas que se dirigiam para o *front* no continente africano. A cidade transformou-se, virtude da presença dos norte-americanos: novos hábitos foram adquiridos; tornou-se mundialmente conhecida; sua população sentiu de perto o clima da guerra pela ameaça alemã de bombardeamento; as pessoas passaram a frequentar cursos de inglês; irradiou-se música estrangeira; a população praticamente duplicou; ocorreu aumento do custo de vida; houve *black-out*; construção de abrigos antiaéreos; entre outros. As Forças Armadas promoveram cursos de Enfermagem para alguma eventualidade. A maternidade Escola Januário Cicco, antiga Maternidade de Natal, foi transformada em hospital militar e o Hospital Universitário Onofre Lopes, Miguel Couto à época, foi reestruturado. A Associação dos escoteiros fundou o Hospital Luiz Soares, Policlínica naquele tempo, e a Cruz Vermelha Internacional, por aqui desembarcou, fundando uma filial (TRINDADE; ALBUQUERQUE, 2001, p. 116-7).

Retomando ao HMC, da década de 1940, no que se refere aos recursos humanos, têm-se o registro da existência de 14 médicos no quadro de pessoal, distribuídos nas seguintes especialidades: três cirurgiões gerais, três clínicos, dois ginecologistas, um otorrinolaringologista, um oftalmologista, um dermatologista, um radiologista, um urologista e um microbiologista. Esse documento também faz referência à existência de 13 religiosas, duas “enfermeiras”, quatro “enfermeiros”, duas parteiras, um farmacêutico, um dentista e 27 serventes (BRASIL, 1945).

Sobre o crescimento do Hospital, provavelmente sobre a década de 1940, de acordo com a Síntese Histórica da SAH, encontrado no Arquivo Geral do Estado, em pasta referente ao HMC – sem data, autor ou qualquer outra referência – lê-se o seguinte:

O esforço desmedido da nossa capacidade de trabalho empenhou-se em um gigantesco empreendimento, demolindo e reconstruindo aquela casa, transformando-a em um grande edifício, onde o conforto científico aos doentes se distribui em amplas enfermarias, ao lado do gosto arquitetônico das linhas gerais do edifício. Fazendo-se um Hospital monobloco, moldado no tipo de hospitais tropicais, com suas enfermarias abrigadas do excesso de luz e das correntes de vento, servidas por varandas e galerias que se distribuem pelas faces laterais do estabelecimento.

Figura 2 – Hospital Miguel Couto, década de 1940



Fonte: Arquivo Geral do Estado

Em 14 de fevereiro de 1945, Antônio Fernandes Dantas, então Governador do Estado, assina o Termo do Segundo Aditivo aprovando as seguintes cláusulas: subvenção anual de Cr\$ 400.000,00 (quatrocentos mil cruzeiros); criação do Serviço de Pronto-Socorro (PS) a ser organizado, regulamentado e executado pela SAH; disponibilidade de três leitos mediante solicitação do Secretário Geral do Governo; e renovação do contrato por mais 15 anos, a contar de 01 de julho de 1947 (RIO GRANDE DO NORTE, 1945a; MENEZES, 2005).

A respeito do Serviço de PS, sancionado pelo Decreto-Lei nº 363/45, sua inauguração ocorreu em 30 de dezembro

desse mesmo ano e compreendia dois tipos de serviços: externo, cujos atendimentos seriam prestados fora do espaço hospitalar (escola, ruas, fábricas, estabelecimentos comerciais), e interno (internamentos de urgência). Deveria, conforme seu Regimento, dispor de médicos, enfermeiros e demais auxiliares sob inteira responsabilidade da SAH; oferecer serviços gratuitos aos indigentes ou remunerados aos pensionistas, conforme valores estabelecidos pela Diretoria; e ter como sede o HMC. Além disso, ser um serviço ininterrupto e equipado com ambulatório, raio-x, farmácia, sala de operações, de ortopedia, serviço de hemotransfusão, enfermarias para indigentes e apartamentos para contribuintes (RIO GRANDE DO NORTE, 1945b).

Vê-se, portanto, que, a essa altura, aquela casa alpendrada do monte Petrópolis, adaptada para ser instalado o HCJB, encontra-se transformada. Antes, tão distante da cidade, que o médico ia a cavalo, atravessando mata, foi substituída por um edifício de cimento armado, de vários andares, foram ampliadas suas dependências, cobrindo uma área de 3.417 metros quadrados. Os 18 leitos de 1909 passam para 369 em 1946 (CASCUDO, 1999).

A respeito do número de leitos disponíveis no HMC, a Direção da SAH, em ofício expedido ao Diretor Geral do Departamento de Saúde Pública, faz referência ao aumento na lotação do Hospital, elevando-se para 418 leitos, sendo 384 para não contribuintes e 34 para contribuintes, divididos entre as clínicas cirúrgicas, médica, dermatológica, otorrinolaringologia e PS (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1952).

No que diz respeito ao serviço de atendimento às emergências, sabe-se que funcionou por muitos anos no HMC, porém nos primeiros anos da década de 1970, este serviço foi transferido para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), especialmente construído para ser referência em urgências para todo o Estado.

Em decorrência da morte de Januário Cicco, aos 71 anos de idade, em 01 de novembro de 1952, por enfarto, Onofre

Lopes é eleito diretor, conforme Ata da 8ª Sessão Extraordinária da SAH, de 12 de novembro de 1952. Tinha como missão dar continuidade à obra iniciada por Januário Cicco, pedido este feito em seu leito momentos antes de falecer (ARAÚJO, 1983).

Sete dias após o falecimento de Januário Cicco, é sancionada a Lei Estadual nº 693, pelo Governador do Estado, Sylvio Piza Pedroza, com a qual a SAH recebeu, como doação, o Hospital, a Maternidade de Natal, anexos e terrenos. Este feito consolidou o sonho de Januário Cicco, mesmo que tardiamente (ARAÚJO, 1983; RIO GRANDE DO NORTE, 1952).

Decorrente da intensificação das atividades científicas da Sociedade de Medicina e Cirurgia e do Centro de Estudos Médicos instalou-se em Natal, no dia 29 de janeiro de 1955, a Semana de Estudos Médico-Cirúrgicos (LYRA, 1984). Para tal, contou com a participação de profissionais do RN e de Pernambuco. Por ocasião do encerramento deste evento, em solenidade realizada no restaurante Rampa, no bairro de Santos Reis, no dia 05 de fevereiro de 1955, Onofre Lopes tornou pública a decisão que a SAH tomara em sessão plenária extraordinária, realizada em 29 de janeiro deste mesmo ano, na qual ficou determinada a criação da Faculdade de Medicina.

Essa realização demandou muito esforço, pois tinha que apresentar as instalações, equipamentos, biblioteca, professorado, recursos humanos. Para isso, foi constituída, por orientação do diretor da SAH, uma Comissão de Organização e Funcionamento da Faculdade de Medicina, composta pelos seguintes médicos: Luis Antônio Ferreira Souto dos Santos Lima, Clovis Sarinho, Milton Ribeiro Dantas, João da Costa Machado e Heriberto Ferreira Bezerra (SARINHO, 1988; ARAÚJO, 1983).

Sobre os trâmites da referida Faculdade, em 07 de agosto de 1955, o Conselho Nacional de Ensino expediu parecer favorável e, em 22 de setembro desse mesmo ano, foi assinado pelo Presidente da República, João Café Filho, o Decreto nº 37.931, autorizando o seu funcionamento (BRASIL, 1955a).

Esse acontecimento reacendeu a idéia de abertura da Escola de Enfermagem. Sobre isso, convém citar que havia o desejo expresso de fazê-la funcionar desde o ano de 1927, por ocasião do contrato celebrado entre o Governo do Estado e a SAH, porém havia a falta de recursos materiais e de pessoal que impossibilitavam seu funcionamento (TIMÓTEO, 1997; MENEZES, 2005).

Entendia-se que, para realizar o ensino da Medicina, fazia-se necessário reestruturar o Hospital, e, nesse projeto, o preparo de Enfermagem era essencial. E assim aguardou-se pela autorização da Escola, até que, em 07 de dezembro de 1955, Abger Renault, Ministro da Educação e Cultura, na Presidência da República de Nereu de Oliveira Ramos, assinou a Portaria Ministerial nº 381, autorizando seu funcionamento (BRASIL, 1944b).

Acerca dessa Escola, destinada à formação de profissionais de nível médio, é importante registrar que funcionou, por décadas, nas dependências do HMC e que este fora utilizado para a realização de suas aulas práticas, constituindo-se assim em sua primeira experiência com o ensino.

Com a abertura da Faculdade de Medicina, Natal passa a dispor de cinco escolas de nível superior: Farmácia e Odontologia, Serviço Social, Direito e Filosofia. A partir de então, os diretores das Faculdades de Direito (Otto Guerra), Farmácia e Odontologia (José Cavalcanti Melo), Filosofia (Edgar Barbosa), Serviço Social (Maria Margarida da Filgueira) e de Medicina (Onofre Lopes da Silva) compuseram o grupo responsável pelo projeto de criação da Universidade, como também, compuseram o Conselho Universitário (LYRA, 1984).

Criada pela Lei Estadual nº 2.307/5835, sancionada por Dinarte de Medeiros Mariz, Governador do Estado, a Universidade do Rio Grande do Norte (URN), o Conselho Nacional de Ensino, em 07 de agosto, expede parecer favorável à criação da UERN e, em 26 de dezembro de 1958, através do Decreto Federal nº 45.116,

é concedido o *status* de Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) (RIO GRANDE DO NORTE, 1958).

Coube, porém, ao Governador do Estado, Dinarte de Medeiros Mariz, a escolha de Onofre Lopes da Silva para Reitor da Universidade, de uma lista tríplice enviada pelo Conselho Universitário. Nela constavam os nomes de Edgar Barbosa, professor, e de Paulo Pinheiro Viveiros, advogado. A respeito do Reitorado de Onofre Lopes, este se prolongou por treze anos, de 1958 a 1971.

A federalização da UERN concretizou-se dois anos mais tarde, ainda no governo de Dinarte de Medeiros Mariz, tendo Juscelino Kubitschek de Oliveira na Presidência da República. Ficou oficializada com a aprovação da Lei nº 3.849, de 18 de dezembro de 1960, publicada no Diário Oficial da União, de 21 de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 1960).

Diante dessa nova situação, qual seja, a federalização da Universidade, a SAH realizou em 21 de dezembro de 1960, às 20 horas, nas dependências do HMC, a 30ª Sessão Extraordinária, para tratar, entre outros assuntos – conforme a Ata da Reunião – da aprovação da transferência de todo o seu patrimônio para o Governo Federal (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1960). Na ocasião, assim se pronunciou o Mestre Câmara Cascudo, membro da SAH:

Sou inteiramente favorável e solidário com as providências tomadas pela SAH para a transferência do seu patrimônio ao Governo Federal [...] sem deixar de ressaltar a emoção com que fazia face das profundas ligações sentimentais que o estreitavam, não só ao fundador da Instituição, Dr Januário Cicco, mas ao seu continuador, Dr Onofre Lopes (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, 1960).

Assim sendo, o HMC, já vinculado ao sistema de ensino, tem seu nome alterado, após a federalização, para Hospital das Clínicas (HC), denominação comum aos Hospitais Universitários na época. Isso veio assegurar, conforme orientações do

Ministério da Educação, também, as funções de pesquisa e extensão, ampliando assim suas atribuições.

Figura 3 – Hospital das Clínicas, década de 1960



Fonte: Arquivo Geral do Estado

Com a federalização da Universidade, o HC passa por mais um processo de ampliação de seus serviços, atendendo, desta vez, às exigências do ensino dos diversos cursos da área de saúde. A essa altura, conta com estudantes de Medicina, Farmácia e alunos da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Natal.

Décadas depois, em homenagem a Onofre Lopes da Silva, por ocasião de sua morte, considerando-se ter sido o primeiro Reitor da Universidade, o Conselho Universitário (CONSUNI) da UFRN, por meio da aprovação da Resolução nº 68/84, aprova a mudança do nome do Hospital das Clínicas para Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) (UFRN, 1984).

O HUOL, na atualidade, é uma instituição de saúde pública federal, credenciada no Ministério da Saúde (MS), integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que funciona como hospital escola e centro de pesquisas em diversas áreas do conhecimento da saúde. Está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da

UFRN, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à população, destacando-se como centro de referência para todo o RN na prestação de serviços médico-hospitalares à população do Estado, incluindo desde o serviço ambulatorial ao de maior complexidade.

Juntamente com as demais unidades hospitalares da UFRN, Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra, ambos situados em Natal, e Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), no município de Santa Cruz, região do Trairí, compõem o Complexo de Atenção à Saúde (CAS). A este também se integram a Unidade de Medicina Comunitária, o Núcleo de Hematologia e Hemoterapia, o Serviço de Odontologia, o Serviço de Anatomia Patológica e a Unidade de Fisioterapia (UFRN, 2000).

Este Complexo, criado na gestão do Reitor Ótom Anselmo de Oliveira (1999 – 2003), significou a reestruturação dos serviços de saúde da UFRN, no que diz respeito à assistência, ao ensino e à pesquisa nos vários cursos de graduação e pós-graduação do CCS. Está vinculado à Reitoria e é composto por um Conselho Consultivo que inclui vários representantes de segmentos do CCS da UFRN, de representantes das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e pelas Unidades Assistenciais Básicas.

Essa reestruturação pela qual passaram os serviços de saúde da UFRN, através do CAS, assume relevância ao ter instituído uma nova dinâmica administrativa e assistencial articulados com o SUS, das quais resultou maior integração entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência conforme referido anteriormente.

Em 13 de dezembro de 2002, o CONSUNI, através da Resolução nº 15, aprovou nova denominação do Complexo de Atenção à Saúde, passando então a ser chamado de Complexo Hospitalar e de Saúde (CHS) (UFRN, 2002).



Figura 4 – Hospital Universitário Onofre Lopes, 2005



Fonte: Esdras Rebouças (2005)

## Considerações finais

Ao concluir este estudo, torna-se importante reafirmar que seu objetivo foi historicizar a evolução do HUOL e sua relação com o ensino de saúde na UFRN. Desta forma, as informações contidas nesta pesquisa foram obtidas por meio de consultas a arquivos, relatórios, atas, livros, produções acadêmicas, fotos, leis, entre outros. Isto possibilitou, a partir da reconstrução dos fatos, a construção e o registro dessa trajetória.

Para sua realização, fez-se necessário vencer desafios referentes à precariedade dos serviços de arquivo das instituições, de modo geral, e da própria Universidade, em particular, bem como a escassez de estudos realizados sobre a UFRN e o HUOL.

Esta situação se traduz na ausência de catalogação, acondicionamento, conservação, e ao hábito do não arquivamento de documentos e, por que não afirmar, a falta mesmo de registro de ocorrências relevantes, visto que este Hospital, secular, é a referência mais tradicional no ensino de saúde do Estado. Assim

sendo, a realização deste estudo justificou-se pela necessidade de resgatar, preservar e fomentar estudos outros que contribuam para a história e memória da UFRN e do HUOL.

Percebe-se, portanto, no transcorrer da história do Hospital, uma atuação diferenciada. Inicialmente de cunho assistencialista, atendendo à população de Natal e do Estado do RN, aos poucos vai mudando seu perfil, passando a constituir-se em espaço, por excelência, para o ensino, pesquisa e assistência.

Vale ressaltar que, nessa trajetória, a primeira experiência de ensino nas dependências do Hospital ocorreu com os alunos da Escola de Auxiliares de Enfermagem, em 1956, quando era mantida pela SAH. A partir de então, outros cursos foram sendo criados, utilizando o mesmo espaço para suas aulas práticas. Além disso, o Hospital representa, hoje, um importante centro de pesquisa para os profissionais e estudantes dos cursos da área da saúde, prioritariamente.

## Referências

- ARAÚJO, I. S. *Januário Cicco: um homem além do seu tempo*. Natal: Universitária, 1983.
- ARÓSTEGUI, J. A. *Pesquisa histórica: teoria e método*. Bauru: Edusc, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Serviço de Estatística da Educação e Cultura*. Hospital Miguel Couto. Rio de Janeiro, 1945.
- BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. *Decreto nº 37.931, de 22 de setembro de 1955*. Autoriza o funcionamento da Faculdade de Medicina de Natal. Natal, 1955a.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria nº 381, de 07 de dezembro*. Autoriza o funcionamento da Escola de Auxiliares de Enfermagem de Natal. Rio de Janeiro, 1955b.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Decreto nº 45.116, de 26 de dezembro de 1958*. Confere a condição de Estadual à Universidade do Rio Grande do Norte. Natal, 1958.

- BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 3.849, de 18 de dezembro de 1960*. Federaliza a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Brasília, 1960.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas. *Resolução nº 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CARLOS, D. J. D. *Passado e Presente: a Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes*. 2005. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
- CARLOS, D. J. D; GERMANO, R. M. A Escola de Auxiliares de Enfermagem de Natal e o Hospital Universitário Onofre Lopes. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 10, n. 1, p. 72-80, jan./mar.2009.
- CARVALHO, A. C. *Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976: documentário*. Brasília; ABEn Nacional, 2008.
- CASCUDO, L. C. *História do Rio Grande do Norte*. 2 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1999.
- CASCUDO, L. C. *História da cidade do Natal*. 4 ed. Natal: EDUFRN, 2010.
- GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- HOSPITAL DE CARIDADE JOVINO BARRETO. *Directoria Geral de Estatística. Movimento hospitalar*. Natal, 1909.
- LE GOFF, J. *História e memória*. 5. ed. Campinas: UNICAMP, 2003.
- LIMA, P. *Saneamento e modernização em Natal: Januário Cicco 1920*. Natal: Sebo Vermelho, 2003.
- LYRA, C. (Org.). *A memória viva de Onofre Lopes*. Natal: Universitária, 1984.
- MENEZES, R. M. V. *Formação da Enfermagem no Estado Potiguar: da criação à consolidação*. 2005. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

PORTO, I. S. et al. Cuidando de documentos em uma pesquisa de abordagem histórica: a experiência de um projeto integrado sobre o ensino de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 225-233, ago. 2000.

RIO GRANDE DO NORTE. *Termo de contrato celebrado entre o Governo do Estado e a Sociedade de Assistência Hospitalar para encarregar-se da direção e administração do Hospital de Caridade Jovino Barreto*. Natal, 1927.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto Estadual nº 688*. Termo do 1º aditivo do contrato celebrado em 30.06.1927 entre o Governo do Estado e a Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 1934.

RIO GRANDE DO NORTE. *Termo do 2º aditivo ao contrato celebrado entre o Governo do estado e a SAH*. Natal, 1945a.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto-Lei nº 363*. Criação do Serviço de Pronto Socorro a cargo da Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 1945b.

RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto-Lei nº 693*. Doação do Hospital, Maternidade de Natal, anexos e terrenos à Sociedade de Assistência Hospitalar. Natal, 1952.

RIO GRANDE DO NORTE. *Lei Estadual nº 2.307*. Criação da Universidade do Rio Grande do Norte. Natal, 1958.

SANTOS FILHO, L. C. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1977.

SANTOS, R. M; LEITE, J. L. *A inserção da Enfermagem Moderna em Alagoas: os bastidores de uma conquista*. Maceió: EDUFAL, 2004.

SARINHO, C. T. *Hospitais do Rio Grande do Norte: notas, apontamentos, história*. Natal: Nordeste Gráfica, 1988.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital de Caridade Jovino Barreto. *Movimento Hospitalar*. Natal, 1919.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital de Caridade Jovino Barreto. *Livro Diário*. Natal, 1927.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital Miguel Couto. *Ofício expedido por Januário Cicco ao Diretor Geral do Departamento de Saúde Pública*. Natal, 1952.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital Miguel Couto. *Relatório apresentado à Diretoria do Hospital Miguel Couto referente ao exercício do ano de 1935*. Natal, 1935a.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital Miguel Couto. *Relação de Pessoal*. Natal, 1935b.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Hospital das Clínicas. *Ata da 30ª sessão plenária para eleger nova diretoria e aprovação da transferência do patrimônio para o Governo Federal*. Natal, 1960.

TIMÓTEO, R. P. S. *O ensino da enfermagem moderna no Rio Grande do Norte*. 1997. 256 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

TRINDADE, S. L. B.; ALBUQUERQUE, G. J. *Subsídios para o estudo da História do Rio Grande do Norte*. Natal: Departamento Estadual de Imprensa, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Resolução n. 68 CONSUNI, de 01 de novembro de 1984*. Aprova alteração do nome do Hospital das Clínicas para Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal, 1984.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Resolução n. 04 CONSUNI, de 28 de abril de 2000*. Cria Complexo Hospital e de Saúde (CHS). Natal, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Resolução n. 15 CONSUNI, de 13 de dezembro de 2002*. Aprova nova denominação, Complexo de Atenção à Saúde, para Complexo Hospitalar e de Saúde. Natal, 2002.

# Tratamento de feridas na atenção básica: uma revisão da literatura

*Maria Izabel dos Santos Nogueira  
Gilson de Vasconcelos Torres*

## Introdução

Muito se tem discutido e comentado, nesta última década, sobre os novos conceitos no tratamento de pacientes portadores de lesões de pele. Não se pode negar que as feridas constituem um sério problema para as instituições hospitalares, tanto pela sua gravidade e abrangência, quanto pelos elevados custos sociais e econômicos que produzem.

De acordo com Bajay, Jorge e Dantas (2003), o portador de uma ferida orgânica carrega consigo a causa dessa lesão: acidente, queimadura, agressão, doença crônica, complicação após um procedimento cirúrgico, entre tantas outras. Além disso, a ferida passa a ser a marca, o sinal, a lembrança da dor, da perda, mesmo após a cicatrização. Por isso, é provável que a preocupação com o cuidar de uma ferida tenha ocorrido desde o primeiro homem na história da Humanidade que tenha se machucado.

No Brasil, atualmente, o tratamento de feridas recebe atenção especial dos profissionais da área de saúde, tendo como destaque a atuação dos enfermeiros, que têm contribuído muito para o avanço e o sucesso do tratamento dos portadores de lesões de diversas etiologias. Por meio do trabalho desses profissionais, busca-se a globalização da assistência, visando

à cura ou à cicatrização, à melhora da condição clínica e social dos clientes, à racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento de lesões cutâneas, com a consequente otimização do atendimento.

O portador de feridas existe em todos os seguimentos sociais. De acordo com Cunha (1999), no Brasil, não é diferente, tendo em vista o grande desafio no país ser contornar as dificuldades daqueles que, desprovidos de recursos adequados para serem assistidos por serviços particulares, necessitam procurar instituições públicas para receberem o tratamento. São conhecidas as dificuldades inerentes aos serviços públicos de saúde de forma generalista. Podemos citar como causas básicas a grande demanda de busca por atendimento e a carência de recursos para efetuarlo adequadamente. Notória também é a característica dessa demanda, em sua maioria, proveniente das camadas carentes da população, o que conota maior incidência de doenças instaladas, acentuando o desconhecimento relacionado ao processo de prevenção, melhora e cura.

Devemos considerar, também, que, apesar do crescente interesse dos diversos profissionais no tratamento de feridas, ainda permanece no meio assistencial uma grande desinformação sobre o assunto, o que contribui muitas vezes para o insucesso do tratamento. Nunes et al. (2006) e Declair, Carmona e Cruz (1998) acrescentam que a qualidade da assistência aos portadores de úlceras nos serviços de saúde está relacionada à sistematização da assistência, que deve contemplar aspectos inerentes ao diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das ações e condutas de tratamento e prevenção.

Nesse sentido, as dificuldades enfrentadas diariamente pelos portadores de úlceras, seus familiares e também pelos profissionais de saúde que cuidam dessas feridas configuram um enorme problema, principalmente para aqueles que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USFs), porta de entrada do sistema local de saúde, da qual o usuário espera respostas para suas necessidades.

Partindo da experiência como enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF), preocupa-me a situação enfrentada pelos portadores de úlceras, principalmente em relação ao tratamento e ao tipo de produto que está sendo utilizado. Devo salientar que as trocas de curativos, geralmente, são delegadas aos técnicos de Enfermagem, aos cuidadores e aos próprios pacientes nos finais de semana, sendo esse procedimento realizado muitas vezes de forma inadequada por falta de capacitação e de recursos materiais.

A partir desse conjunto de fatos, sentimos a necessidade de explorar essa realidade assistencial e de propormos a seguinte questão: como é realizado o tratamento das lesões nas Unidades Básicas de Saúde – Programa Saúde da Família?

Assim, este estudo teve por objetivo descrever, mediante revisão de literatura, os agentes tópicos e tipos de cobertura que têm sido recomendados no tratamento de úlceras nas Unidades Saúde da Família.

Considerando a falta de estudos, nesse enfoque, que evidenciem a real situação de tratamento e de produtos utilizados nas lesões com diversas etiologias, no nível primário, justifica-se a importância singular deste trabalho para os portadores de úlceras, para os familiares e serviços de saúde.

Por considerar a qualidade da assistência ao portador de úlceras como um processo difícil e dinâmico, investigar a assistência prestada nas Unidades Saúde da Família poderá contribuir para discussão e formulação de novas práticas de intervenção nessa área, para melhoria da qualidade da assistência e de vida dos pacientes e familiares.

Em relação ao PSF, a importância do estudo se destaca pela oportunidade de proporcionar às equipes de saúde que atuam nesse programa, e aos gestores, um panorama real do problema, com subsídios para mudança da prática assistencial, dentro de uma visão ampliada do conceito de saúde. De igual modo, a construção de novos saberes e novas práticas poderão



contribuir significativamente para orientar a formação de recursos humanos na área da saúde, principalmente na Enfermagem, a partir da discussão sobre a sistematização da assistência a portadores de úlceras.

## Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos 12 anos, em pesquisa nos Bancos de Dados *Lilacs*; *Bireme* e *BDENF*. Para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: feridas, curativos, saúde pública. As publicações encontradas foram organizadas como de pesquisa e de revisão e, posteriormente, categorizadas de acordo com o tipo de agente tópico (cremes, soluções, pomadas e produtos naturais). Mediante a análise dessas publicações, foi possível contextualizar as implicações do uso de cada produto mencionado na literatura, no processo de cicatrização.

## Resultados e discussão

Apresentamos, a seguir, os resultados obtidos na revisão de literatura, considerando a categorização realizada: agentes tópicos (cremes, soluções, pomadas e produtos naturais), enfocando em cada tópico as vantagens e desvantagens do uso de cada produto.

Dentre os diferentes tipos de agentes tópicos, existem os cremes, que são constituídos por emulsões de água e óleo, em que a quantidade de água é superior ao óleo; a solução, que é toda mistura homogênea de duas ou mais substâncias; e as pomadas, que são preparações tópicas constituídas de base monofásica, na qual podem estar dispersas substâncias sólidas ou líquidas.

De acordo com Martins e Souza (2007), que realizou o perfil dos portadores de úlcera de estase venosa do Programas Saúde da Família e no Programa de Agente Comunitário de Saúde do interior de Minas Gerais, ficou evidenciado que a pomada à base de Sulfadiazina ou à base de Neomicina são utilizadas em

diversos tipos de curativos. Os antibióticos tópicos continuam sendo utilizados no cuidado com feridas, apesar de não serem recomendados devido à falta de comprovação segura da sua eficácia nos planos profundos do tecido, uma vez que agem somente em camadas superficiais.

O uso do povidine (PVP-I) não tem sido recomendado devido à toxicidade para os fibroblastos e à interferência no processo cicatricial. No entanto, seu uso foi registrado na literatura pesquisada, tanto em Martins e Souza (2007) como na proposta de padronização de tratamento tópico em Castro (Paraná), realizado por Écheli e Busato (2006).

A limpeza das lesões é realizada com Solução Fisiológica (SF) fria ou gelada na maioria dos portadores, afirma Martins e Souza (2007) no seu estudo. A literatura aponta que, segundo Borges (2001), a higienização da ferida deve ser feita com SF 0,9% morna, para facilitar a divisão celular no organismo humano, que ocorre à temperatura fisiológica de 37°C. Em nenhum dos trabalhos pesquisados foi encontrada a utilização somente do Soro fisiológico sob o leito da ferida como forma de tratamento, porém, no Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, Brasil (2002), é recomendado seu uso sem contraindicação.

Em Brasil (2002) e Écheli e Busato (2006), no Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida, elaborado em 2003, dentre as diversas opções para tratamento de feridas, observou-se a recomendação dos Ácidos Graxos Essenciais (AGE), que são compostos por ácido linoleico, ácido caprílico, vitamina A, E e lecitina de soja. Os AGEs são precursores de substâncias farmacologicamente ativas envolvidas no processo de divisão celular e de diferenciação epidérmica. Além disso, possuem a capacidade de modificar reações inflamatórias e imunológicas, alterando funções leucocitárias e acelerando o processo de granulação tecidual. Os AGEs podem ser utilizados diretamente sobre o leito da ferida ou embebidos em gases estéreis, devendo ser trocados, no máximo, a cada 24 horas.

Já as pomadas enzimáticas, como a colagenase, apresentam caráter enzimático e debridante, estimulando, indiretamente, a formação do tecido de granulação e, posteriormente, a reepitelização. Percorrendo a literatura, não foi encontrado nenhum trabalho substancial com relação ao seu uso, inclusive os protocolos e manuais pesquisados não contemplam sua utilização para a atenção básica.

As substâncias contendo açúcar, como mel e derivados da cana-de-açúcar, vêm sendo usadas há vários anos no tratamento de lesões de pele, com excelentes resultados clínicos. Considera-se que propiciam os seguintes efeitos: rápida diminuição da congestão passiva e do edema locais, estímulo da epitelização e granulação tissular e ação antibacteriana. Mas, segundo Écheli e Busato (2006), o uso de açúcar, com troca a cada quatro horas para feridas limpas, e a cada duas para infectadas, pode funcionar como meio de cultura para bactérias patogênicas. O tratamento com esse produto, atualmente, está restrito a feridas limpas, com troca a cada duas horas. A falta de recursos humanos, materiais e tempo inviabilizam o seu uso no Sistema Único de Saúde.

Em Santos, Vianna e Gamba (2007), focalizou-se a intervenção junto a pessoas portadoras de feridas crônicas para comprovação da eficácia da própolis na cicatrização de lesões. Estudos demonstraram as propriedades da solução hidroalcoólica de própolis como alternativa para cicatrização de feridas. Foram observadas, durante a pesquisa, a reação analgésica, a ação antibacteriana e a antifúngica da própolis. Essa ação culminou na colaboração para o melhor atendimento a ser prestado, envolvendo as equipes de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Hospitalares de Maringá. Os resultados desse estudo permitiram aprofundar a avaliação da eficácia da própolis em feridas crônicas, conhecendo e compreendendo melhor os fatores que interferem na sua utilização.

Outro agente tópico utilizado é a papaína, que é um complexo de enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão

papaia (*Carica papaya*). Segundo Monetta (1987), seu mecanismo de ação ocorre por meio da dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico; e, por ser uma enzima de fácil deterioração, deve ser sempre mantida em lugar fresco, seco, ventilado e protegido da luz. Também não foi encontrada nenhuma pesquisa específica sobre o seu uso da atenção básica, porém, no Brasil (2002), sua utilização foi contemplada.

A gaze vaselinada ou a vaselina com soro fisiológico foram citadas por alguns autores, como Scapim (2004) e Écheli e Busato (2006). Esse tipo de cobertura tem a função de evitar a aderência do curativo ao leito da ferida, mas, quando removido, pode deteriorar o tecido de granulação já existente.

O permanganato de potássio, referido por Écheli e Busato (2006) e Brasil (2002), pode ser usado como antisséptico, embora existam estudos que mostraram contaminação por *Pseudomonas aeruginosa*, pois ela é fotossensível e tóxica. Porém, na pesquisa de Écheli e Busato (2006), algumas das enfermeiras usavam-no no tratamento de úlceras com tecido necrosado e crostas.

Os Hidrocoloides placa e gel, Alginato de cálcio, Carvão ativado com prata, Hidropolímero ou espuma de poliuretano não aderente e os Hidrogéis não foram citados nos artigos pesquisados como sendo utilizados na Atenção Básica. Porém, no Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas (BRASIL, 2002) e no Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida (PIMENTEL, 2003), a utilização desses produtos poderá, um dia, ser da realidade dos profissionais e portadores de úlceras atendidos nas Unidades de Saúde.

Por fim, Pimentel (2003) aborda a utilização de produtos fitoterápicos, como Arnica (*Arnica montana*), Babosa (*Aloe vera*), Calêndula (*Calendula officinalis*) e Hamamélis (*Hamamelis virginiana*), no tratamento de feridas na rede básica de saúde. Esse projeto foi implantado como piloto em Campinas e o fornecimento ao público é por intermédio de convênio com a farmácia de manipulação.

A Arnica, segundo Pimentel (2003), tem ação anti-inflamatória e analgésica, porém, deve-se ter cuidado em se descartar possibilidade de fraturas, luxações ou rupturas musculares, usando somente em pele íntegra. A Babosa é anti-inflamatória e antibactericida, sendo regeneradora de tecidos, mas deve ser usada com cautela em queimaduras de 3º grau ou concomitante com antibioticoterapia. Já a Calêndula tem ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica e não deve ser utilizada em lesão profunda e/ou extensa, em infecção grave e em lesões disseminadas. A Hamamélis tem ação vasoconstritora periférica, adstringente e diminui as secreções, sem contraindicações para a sua utilização tópica na literatura.

## Considerações finais

É complexo finalizar um trabalho, quando o que mais se quer é prosseguir, principalmente por descobrir quão grandes são os desafios para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de lesões.

A cada passo, o desenvolvimento deste estudo trouxe um significado diferente e particular, alguns de satisfação, outros de incertezas e angústias, mas todos, sem dúvidas, contribuíram para o amadurecimento e crescimento profissional.

Portanto, ao procurar conhecer como se dá o tratamento de lesões nas unidades básicas de saúde, muito mais do que mostrar falhas, pretendi buscar caminhos e, assim, contribuir com propostas para transformar essa vivência, de forma que possa construir uma assistência com base em fundamentos científicos.

Há necessidade de se realizar oficinas de capacitação para os profissionais de saúde (equipe de Enfermagem e médicos), por meio da educação permanente, quanto à padronização dos curativos para úlceras de diversas etiologias, junto às unidades básicas de saúde.

Será por intermédio dos aspectos subjetivos vivenciados no contexto de cada um dos sujeitos – entendendo-se aqui por sujeitos os usuários e os trabalhadores, que a promoção e as ações em saúde serão efetivamente produzidas. Com isso, esse vínculo fará com que todos os atores envolvidos se responsabilizem pelo tratamento de úlceras crônicas.

## Referências

- BAJAY, H. M.; JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 81-99.
- BORGES, E. L. Limpeza e tratamento. In: BORGES, E. L. et al. *Feridas como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 77-96.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CUNHA, R. P. Processos ulcerosos dos membros inferiores: diagnóstico diferencial e propedêutica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DERMATOLOGIA. 54., 1999, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 1999. p. 136-137.
- DECLAIR, V.; CARMONA, M. P.; CRUZ, J. A. Ácidos graxos essenciais (AGES). Protetores celulares dos mecanismos agressivos da lesão hipóxica. *Dermatologia Atual*, v. 4, n. 1, p. 2-7, 1998.
- ÉCHELI, C. S. B, BUSATO, C. R. Tratamento tópico de úlcera de estase venosa – proposta para padronização. *Ciência, Biologia e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 7-14, 2006.
- JORGE, S. A; DANTAS, S. R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em Programas de Saúde. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 353-357, 2007.

- MONETTA, L. Uso de papaína nos curativos feitos pela enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 40, n. 1, p. 66-73, 1987.
- NUNES, J. P. et al. Assistência aos portadores de úlceras venosas nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. *Olho Mágico*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 687-687, 2006.
- PIMENTEL, E. C. O uso de fitoterápicos em lesões de pele na rede básica e saúde: a experiência da Secretaria Municipal de Campinas. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal da Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. *Protocolo de assistência aos portadores de feridas*. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.php?>>. Acesso em: 8 abr. 2011.
- SANTOS, M. J.; VIANNA, L. A. C.; GAMBA, M. A. Avaliação da eficácia da pomada de própolis em portadores de feridas crônicas. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 199-204, 2007.
- SCAPIM, E. P. *Perfil dos pacientes com diabetes mellitus que possuem úlcera no pé, atendidos em unidade ambulatorial da cidade de Marília-SP*. 2004. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

# Riscos ocupacionais em trabalhadores de enfermagem

*Cleonice Andréa Alves Cavalcante  
Soraya Maria de Medeiros*

## Introdução

A referência a riscos biológicos para determinadas profissões, conforme Rapparini e Cardo (2004), foi descrita desde a obra de Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, datada de 1700. Mas a preocupação especificamente relacionada com os trabalhadores da área da saúde só passou a ser discutida a partir do início do século XX.

A literatura mundial faz referência a aproximadamente 6000 casos de infecção acidental em trabalhadores de hospital, envolvendo 100 diferentes tipos de agentes de risco biológico. No entanto, no Brasil, são praticamente inexistentes dados relativos a acidentes e infecções associados ao trabalho. Os dados disponíveis referem-se aos casos ocorridos em outros países, principalmente nos Estados Unidos. Podemos afirmar que a subnotificação dos acidentes no Brasil dificulta em demasia o aumento de pesquisas sobre o assunto e, principalmente, ações sobre o problema (BRAGA, 2000).

As doenças profissionais constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo, mas historicamente os profissionais de saúde não foram considerados categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. No entanto, as doenças



podem atingir aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde (RAPPARINI; CARDO, 2004).

No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo aos trabalhadores ao longo de toda a sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos de 1980, passando a ser ação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o direito à saúde, inclui tal prática no seu artigo 200.

Dessa forma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve pautar-se nos princípios do SUS, em consonância com a vigilância em saúde e articulada com a área assistencial. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais curativas se articulam com as ações preventivas individuais e coletivas no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são previsíveis.

Partindo da realidade prática, observamos, no cotidiano do trabalho dos profissionais de Enfermagem, certo desconhecimento quanto ao processo de trabalho e à sua relação com o processo saúde/doença. Além do despreparo desses profissionais para reconhecer as cargas geradoras de desgaste no processo produtivo como um possível agente causal para os agravos à saúde, soma-se a falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos.

Nosso objetivo, neste artigo, é fazer uma breve abordagem destacando alguns aspectos encontrados na literatura sobre o processo saúde/doença do trabalhador de Enfermagem e os fatores que o determinam, no que se refere ao trabalho e aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos no exercício cotidiano de suas funções.

Este estudo servirá de subsídios aos profissionais de Enfermagem no entendimento da importância e no reconhecimento dos riscos aos quais estão expostos cotidianamente,

além da necessidade de aderir às medidas de biossegurança e de promoção e prevenção à saúde. Contribuindo, dessa forma, na redefinição de novas abordagens de educação em saúde e nas relações de trabalho em Enfermagem, e também da produção sobre a temática para o ensino e a pesquisa em Enfermagem.

## **Aspectos metodológicos**

No sentido de atender aos objetivos especificados neste artigo, utilizamos o método de Revisão Integrativa da literatura científica que, de acordo com Roman e Friedlander (1998, p. 109), “tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão específica, de forma sistemática e ordenada” com vistas a contribuir para o conhecimento de um tema ou questão.

Em um sentido mais abrangente, a Revisão Integrativa permite estruturar e sistematizar a revisão de literatura sobre um assunto ou questão, oferecendo um caminho metodológico e dando maior confiabilidade e profundidade aos resultados obtidos.

As fontes bibliográficas pesquisadas especificamente para a temática deste estudo foram as publicações impressas em livros, dissertações, teses e artigos de revistas científicas. A pesquisa bibliográfica abrangeu o período de 2000 a 2007.

## **Resultados**

Os resultados encontrados, de acordo com o objetivo do estudo, foram organizados em subtemas: o processo de trabalho em Enfermagem; Ressonâncias das mudanças paradigmáticas no trabalho de Enfermagem; e Trabalhadores da saúde: riscos ocupacionais e biossegurança.

## *O processo de trabalho em Enfermagem*

O trabalho reveste-se, em sua expressão, como algo que oferece ao homem condições de subsistência e dignidade, pois permite que ele conquiste, por meio de seu esforço pessoal, o mínimo necessário para uma vida digna.

O trabalho tem sido motivo de observação, reflexão, discussão e estudos ao longo dos anos e particularmente após a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, período no qual ocorreram mudanças históricas na organização do processo de trabalho no mundo devido à introdução de uma nova forma de produzir e organizar o trabalho, repercutindo nos modos de viver, adoecer e morrer dos trabalhadores.

Essas transformações no mundo do trabalho têm permeado estudos de historiadores, filósofos e escritores, no que concerne às relações entre o trabalho, a saúde e a doença e, mais especificamente, em relação à saúde do trabalhador. Assim, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, as doenças decorrentes do trabalho vêm sendo consideradas um dos principais problemas da atualidade.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde, de acordo com Pires, Gelbcke e Matos (2004), tem como finalidade a ação terapêutica em saúde; como objeto, o indivíduo ou os grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de doenças; e, como instrumento de trabalho, o saber e o fazer na saúde, que é consumido no mesmo momento que é produzido.

Apesar de o trabalho em saúde exigir especificidades de conhecimentos e de práticas, uma vez que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas, esse processo de trabalho tem características que refletem desarticulação interdisciplinar, fragmentação nas ações e alienação do trabalhador, o que irá diminuir em muito a sua qualidade.

Nesse contexto, o trabalho de Enfermagem é realizado por uma equipe ou grupo formado por: enfermeiros, técnicos em Enfermagem com formação de ensino médio e auxiliares de Enfermagem com curso específico e ensino fundamental. Esses profissionais têm graus de formação diferenciados e dividem o trabalho, seja nos cuidados integrais seja nos funcionais, dissociando o saber do fazer, em que o enfermeiro se torna o detentor do saber e controlador do processo de trabalho da Enfermagem, cabendo aos demais o papel de executar as tarefas delegadas (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

A assistência à saúde prestada por esses profissionais caracteriza-se como fragmentada, compartimentalizada e desintegrada, refletindo o modelo hegemônico de produção dos conhecimentos em saúde e de organização do trabalho que segue a lógica das especialidades, da fragmentação e do parcelamento do homem, ou seja, do modelo biológico positivista de percepção e entendimento do processo saúde/doença.

Portanto, esse processo de trabalho fragmentado e alienante, somado às mudanças no mundo do trabalho, como a flexibilização, o desemprego e a desvalorização do trabalhador, tem seus reflexos, também, nas formas de viver e trabalhar do profissional de Enfermagem. Os profissionais de Enfermagem convivem ainda com uma carga horária excessiva, uma condição financeira que não lhes permite ter uma única fonte de renda, logo, assumindo dois ou mais empregos. Esses fatores são predisponentes para os agravos da saúde do profissional e interferem de forma negativa em suas funções e serviços prestados, podendo ir mais além e prejudicando-o em sua vida social (BULHÕES, 1998).

Essa situação ocasiona, nesses profissionais, problemas que interferem na sua qualidade de vida, tais como: estresse, cansaço físico e mental, dificuldade de concentração e aprendizagem, distúrbios físicos e mentais, entre outros. Dessa forma, compromete também as suas atividades laborais, afetando, com isso, a qualidade dos serviços realizados por esses profissionais.

## *Ressonâncias das mudanças paradigmáticas no trabalho de Enfermagem*

No setor de saúde, as transformações no trabalho têm características peculiares que são específicas desse setor, tais como: a intensificação da terceirização, as mudanças na organização do trabalho (trabalho profissional/artesanal e trabalho parcelado); a flexibilização e a desregulamentação nas relações de trabalho; a ausência de plano de cargos, carreira e salários; a ausência de uma política de educação permanente; a sobrecarga de trabalho; os baixos salários; e a precarização das condições de trabalho que se reflete em longas jornadas de trabalho, múltiplos empregos e a desvalorização dos profissionais.

Essas características têm marcado fortemente o processo de trabalho em Enfermagem, haja vista que o aumento da jornada laboral, por meio do multiemprego ou de horas extras, vem sendo a solução encontrada por esses trabalhadores para complementação da renda, mediante a falta de perspectiva de valorização salarial e como forma de subsistência (VERAS, 2003).

A Enfermagem, como profissão inserida nesse contexto histórico e social, também passa por mudanças. Novas tecnologias são implementadas, novas formas de organizar o trabalho convivem com as velhas formas, questionando as relações e a divisão do trabalho, o cuidado parcelado, entre outras inquietações (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Toda essa problemática tem seus reflexos na saúde dos trabalhadores. De acordo com Pires, Gelbcke e Matos (2004), os profissionais de Enfermagem, entre os demais profissionais da saúde, são os que mais sofrem com problemas relacionados ao trabalho, entre os quais se destacam: lesão por esforços repetitivos (LER), estresse, perda auditiva, sobrecarga física e emocional, além de problemas físicos e psicológicos considerados, muitas vezes, incapacitantes.

Portanto, não basta para nós que a ciência e a tecnologia acenem com a possibilidade de formas mais ágeis e eficazes de terapêutica e cuidados de saúde para afirmarmos uma correspondente mudança nas condições de trabalho dos profissionais de Enfermagem. Antes, precisamos olhar com atenção em que condição é realizado esse trabalho, do ponto de vista da segurança no trabalho, da saúde e do risco ao trabalhador (MEDEIROS; ROCHA, 2004).

Nesse sentido, precisamos refletir criticamente acerca da relevância no cuidado em Enfermagem. A incorporação de produtos e processos nos serviços de atenção à saúde, especialmente os chamados equipamentos tecnológicos de ponta, exige dos profissionais de Enfermagem uma atitude atenta, no sentido de não perder a finalidade última de sua ação: o cuidado com o ser humano. Precisamos assegurar que a racionalidade não seja determinante no nosso modo de fazer em Enfermagem, abrindo espaços para a subjetividade, a intuição, a emoção e as sensações. A fragmentação precisa dar espaço à unicidade, contextualizando nossos saberes e fazeres (PRADO; REIBNITZ, 2004).

Na Enfermagem, grupo majoritário no conjunto das profissões de saúde, percebe-se uma possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho, com a implantação dos “cuidados integrais” em algumas unidades assistenciais (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Admitindo a precariedade de ser um trabalhador no século XX, resta-nos, em nossa jornada de heróis, buscar o antídoto para nosso espírito inquieto, na gratificação íntima do anonimato: não precisamos de glória, pois o trabalho é gratificante. Basta o suficiente para vivermos. No entanto, a sobrevivência mínima do trabalhador, imposta pela lei do mercado da força de trabalho, significa a perda essencial da qualidade de vida (LEOPARDI, 1999).

Nesse processo, os aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos – família e conjunto da população – devem ser incorporados, uma vez que o SUS propõe uma nova compreensão do processo saúde/doença e suas relações com o trabalho.

Considerando, assim, a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico, entendemos que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

Frente ao trabalho da Enfermagem no contexto atual, muitos são os desafios no sentido de implementar um trabalho que minimize o desgaste do trabalhador, que garanta a valorização da profissão, sua participação e responsabilização ao se definirem políticas públicas, de forma que possibilite relações mais harmônicas na equipe de Enfermagem e com diferentes profissionais de saúde (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Partindo do pressuposto de que a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores interferem na qualidade da assistência prestada ao cliente nos serviços de saúde, é necessário que seus gestores invistam em questões fundamentais, como adequação do ambiente de trabalho, equipamentos, tecnologias empregadas, principalmente na saúde de seus trabalhadores (SILVA; MARZIALE, 2003).

Atualmente, a prevenção de agravos à saúde do pessoal de Enfermagem é uma prioridade, e, por isso, as condições de trabalho e a saúde desses profissionais têm sido estudadas progressivamente em todo o mundo. Em estudos sobre o serviço noturno, os enfermeiros demonstram uma grande preocupação quanto à questão da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores de Enfermagem (MOREIRA; SILVA, 2007).

O desafio da Enfermagem consiste em reorientar sua prática profissional dentro da perspectiva de uma nova forma de organização do processo de trabalho, no sentido de diminuir o impacto da divisão social do trabalho, da sua organização, que interfere no desgaste físico e psíquico do trabalhador, buscando respeitar os direitos dos trabalhadores de viver e trabalhar em condições econômicas e sociais dignas.

## *Trabalhadores da saúde: riscos ocupacionais e biossegurança*

O risco ocupacional dos trabalhadores da saúde é um assunto muito discutido nas últimas décadas. Entretanto, os registros dos acidentes com material biológico ocorridos nas unidades de saúde não retratam a real situação.

Segundo a *Committee on Quality of Health Care in América*, no mundo, a área da saúde é a oitava no *ranking* dos setores de maior índice de mortes. São registradas cerca de 98 mil mortes em hospitais a cada ano. No Brasil, dados oficiais indicam o setor de saúde como o primeiro na lista de registros de acidentes do trabalho. Com 23.108 notificações em 2003, ultrapassando até mesmo áreas consideradas de alto risco, como a da construção civil. Em 2004, do total de 458.956 acidentes notificados, 30.161 correspondiam ao setor de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006).

No Brasil, esses dados não são muito precisos, porém, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Previdência Social, em 2004, foram registrados no país 459.000 acidentes do trabalho, incluindo 27.500 casos de doenças do trabalho. O setor de saúde é o quinto no *ranking* de acidentes do trabalho, superando outras áreas consideradas de alto risco, como as da construção civil, da eletricidade e das indústrias extrativas. E, ainda, de acordo com o boletim divulgado pela divisão de vigilância epidemiológica do programa estadual de AIDS de São Paulo, em relação à notificação de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, de 1999 a 2003, e entre os 5.391 acidentes notificados, 76,5% foram causados por materiais perfurocortantes, e os auxiliares de Enfermagem foram os profissionais mais afetados, com 51,1% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Os profissionais que trabalham em hospitais estão potencialmente expostos a uma diversidade de agentes desencadeadores



de doenças, como agentes físicos, químicos e biológicos. Quando o fator de exposição é um agente biológico, o profissional de saúde pode ser visto como suscetível ou como fonte de transmissão de infecção (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2004).

A exposição aos agentes biológicos é o risco ocupacional mais comum a que o profissional da área da saúde está sujeito e esse risco aumentou consideravelmente após o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Vários estudos e publicações relatam a transmissão e os surtos de infecção em trabalhadores da saúde, provando que eles podem transmitir ou adquirir doenças em razão do trabalho.

Dessa forma, o risco está presente no cotidiano do trabalhador desde os primórdios do mundo do trabalho, mas ganhou maior visibilidade a partir do século XIX, com a industrialização e o capitalismo. Como fenômeno que rompe a lógica do trabalho, o acidente sempre existiu e, devido à dinâmica da sociedade, os acidentes de trabalho sempre farão parte do cenário social (BRAGA, 2000).

Os trabalhadores de Enfermagem encontram-se expostos aos riscos provenientes das precárias condições de trabalho, responsáveis pelo aparecimento de enfermidades e de acidentes que elevam o índice de absenteísmo nos serviços de saúde. Na organização laboral, ele tem se traduzido em insatisfação, desmotivação e sobrecarga da equipe de trabalho, comprometendo, assim, a assistência de Enfermagem prestada ao cliente, sendo indicativo da existência de problemas extremamente preocupantes, quando ocasionados por doenças em trabalhadores de Enfermagem (SILVA; MARZIALE, 2003; BARBOZA; SOLLER, 2003).

Nesse sentido, torna-se imprescindível a adesão desses profissionais a normas de biossegurança, além de informações e treinamentos contínuos, com vistas a torná-los sensíveis e conscientes de como e quando se proteger dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos cotidianamente. Ou seja, adquirir uma postura efetiva no uso de procedimentos que garantam o

máximo de segurança não só para eles mesmos, como também para a equipe que os cerca e o paciente.

Assim, o conceito de biossegurança, instituído pela Comissão de Biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz, é definido como o conjunto de medidas voltadas para a prevenção, a minimização ou a eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Essas medidas são classificadas em quatro grupos: administrativas, técnicas, educacionais e de saúde (CAIXETA; BARBOSA, 2005).

Vale ressaltar que risco, nesse contexto, deve ser entendido como uma condição biológica, química ou física que apresenta potencial para causar dano ao trabalhador, produto ou ambiente. Dessa forma, a variabilidade da natureza do trabalho e as substâncias e materiais manipulados podem modificar o potencial de gerar riscos, de acordo com o tipo de trabalho desenvolvido (MASTROENI, 2004).

No entanto, o conhecimento acerca do risco não é suficiente para prevenir o perigo. Torna-se necessária uma abordagem ampla, multiprofissional, com normas e políticas bem definidas e fundamentadas nas características da instituição e na legislação em vigor (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2004).

Embora a notificação dos acidentes de trabalho seja uma exigência legal no Brasil, a subnotificação da exposição ocupacional a doenças infecciosas ainda é uma grande barreira para entender os riscos e os fatores associados aos acidentes e à exposição a sangue e fluidos corpóreos; e, por conseguinte, aos estudos nesta área (PEREIRA et al., 2004; BRAGA, 2000).

A notificação dos acidentes de trabalho fornece dados relativos ao número, à distribuição dos acidentes, às características das ocorrências e das vítimas como também permite a

apresentação desses resultados, por intermédio de estatísticas, que constituem base indispensável para a indicação, aplicação e controle de medidas preventivas. Porém, a subnotificação desses acidentes pode ocorrer, constituindo em fator limitante tanto do ponto de vista da promoção e prevenção, quanto do ponto de vista jurídico (NAPOLEÃO et al., 2000).

No Brasil, estima-se que a ocorrência de subnotificação seja ainda maior do que as estatísticas apresentam, pois existem poucas unidades estruturadas para atendimento e notificação de acidentes profissionais dispondo de um programa de educação em serviço com o objetivo de sensibilizar os profissionais da saúde quanto à importância da notificação, ao acompanhamento dos casos e aos riscos a que estão expostos após o acidente (LOPES et al., 2004).

Destra (2000) apud Cocolo (2000), a partir de seu estudo, constatou uma subnotificação em torno de 41% dos acidentes com materiais perfurocortantes ocorridos com profissionais de saúde entrevistados em um hospital de São Paulo. Entre as causas da subnotificação dos eventos foi citada, em sua significativa maioria, a não importância relacionada ao fato (48%), revelando o descaso e a falta de conhecimento quanto à necessidade da informação para a prevenção e o controle dos acidentes e riscos.

Napoleão et al. (2000) também obtiveram resultados semelhantes em seu estudo sobre as causas de subnotificação de acidentes. E, ainda, constataram que a principal causa atribuída pelos sujeitos acidentados foi por considerarem de pouca importância a lesão ocasionada pelo acidente (53,1%); por desconhecimento da necessidade de notificação (38,8%) e pela falta de tempo para notificar (11%).

De acordo com os autores supracitados, as causas de subnotificação de acidentes do trabalho apontadas pelos trabalhadores de Enfermagem evidenciam desinformação em relação aos riscos e aos aspectos epidemiológicos e jurídicos que envolvem esse tipo de acidente no ambiente hospitalar. Além

disso, apontam a submissão dos trabalhadores às condições de trabalho impostas pelo empregador quando exteriorizam a falta de tempo para notificar o acidente e o medo de perder o emprego se o fizerem. Esses dados nos fazem inferir que não existem exigências para se instituir uma política de informação por parte dos órgãos trabalhistas fiscalizadores junto às instituições e que os profissionais da Enfermagem se revelam como uma classe que pouco questiona suas condições de trabalho.

Marziale, Nishimura e Ferreira (2004) corroboram com os autores citados quando afirmam que a escassez de dados sistematizados sobre esses acidentes não nos permite conhecer a magnitude global do problema no Brasil, dificultando, assim, a avaliação das medidas preventivas utilizadas atualmente e as possíveis melhorias para o futuro.

São vários os estudos que já demonstraram os riscos existentes para os profissionais de saúde nos acidentes ocupacionais que envolveram exposição a material biológico infectado. No entanto, a evolução do conhecimento sobre os agentes etiológicos, as formas de tratamento bem como os fatores envolvidos nas exposições ocupacionais têm permitido estabelecer medidas voltadas à redução do risco de agravos à saúde decorrentes dos acidentes que envolvem material biológico contaminado. Cabe ressaltar, porém, que as profilaxias pós-exposição podem não ser totalmente eficazes, o que reforça a importância da prevenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Diante dessa problemática, há que se buscar todas as estratégias possíveis que possam contribuir para a prevenção dos riscos e para a promoção à saúde do trabalhador em unidades de saúde. Elas devem ser institucionalizadas e trabalhadas com o fortalecimento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), assim como das demais estruturas organizacionais que se encarregam de educação e vigilância em saúde, como as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Setores de Educação Permanente, entre outros (SÊCCO et al., 2005).

Ainda de acordo com Sêcco et al. (2005), a atenção especial deve ser dada aos currículos escolares na formação dos profissionais de saúde, embasando os seus alunos para que possam pensar a realidade dos trabalhadores e atuar de maneira compatível com a promoção da saúde. E, como sugere Marziale e Rodrigues (2002), é importante que se elabore e implemente um programa de educação permanente em serviço, que aborde questões relacionadas às formas de prevenção e ao controle dos riscos no ambiente de trabalho, as quais incluam o respeito e o atendimento às normas de biossegurança, assim como a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da notificação dos acidentes e doenças ocupacionais e da vacinação nos serviços de saúde.

## **Considerações finais**

Este estudo nos permite conhecer e refletir sobre a realidade dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores de Enfermagem, contribuindo para que essa discussão seja ampliada e se reflita em ações verdadeiramente voltadas para a busca de condições dignas para essa categoria, com isso, repercutindo em melhor qualidade de vida e de trabalho.

Nesse sentido, torna-se imprescindível que a Enfermagem, como profissão que faz parte do coletivo dos trabalhadores da saúde, também reflita sobre a relevância da sua saúde, não só como força de trabalho que irá atuar nos diferentes níveis de atenção em saúde, mas também em relação ao seu próprio processo saúde/doença, como categoria profissional exposta aos diversos riscos existentes no processo produtivo.

A partir da compreensão de que os trabalhadores vivem, adoecem e morrem em decorrência do desgaste resultante de sua inserção nas formas de produção e do entendimento sobre como ocorre esse processo saúde/doença e seus determinantes complexos e subjetivos, torna-se necessário intervir de forma

transdisciplinar, por meio de novas abordagens e metodologias, considerando o trabalhador como sujeito ativo e participativo nesse processo.

O desafio da Enfermagem consiste em reorientar sua prática profissional dentro da perspectiva de uma forma de organização do processo de trabalho, no sentido de diminuir o impacto da sua divisão social e da sua organização, que interferem no desgaste físico e psíquico do trabalhador, buscando respeitar seu direito de viver e trabalhar em condições econômicas e sociais dignas.

Nesse sentido, os profissionais de Enfermagem devem priorizar essa discussão em todos os âmbitos: nos serviços de saúde, nas instituições de ensino e nas políticas públicas, além de contemplá-la no currículo dos diferentes níveis de sua formação, embasando esses profissionais para que possam atuar de forma segura e compromissada com o direito à saúde e à vida.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Cartilha do trabalhador de Enfermagem: Saúde, segurança e boas condições de trabalho*. Rio de Janeiro: ABEn/RJ, 2006.

BARBOZA, D. B.; SOLLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.177-183, mar./abr. 2003.

BORGES, F. N. S. *Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos*. 2007. 285 f. Dissertação (Mestrado Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública (FSP), São Paulo, 2007.

BRAGA, D. *Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas*. 2000. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA, B. A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 737-746, 2005.

COCOLO, A. C. Equipes médica e de enfermagem menosprezam riscos de acidentes. *Jornal da Paulista*, São Paulo, v. 15, n. 174, dez. 2000.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectiva para um novo modelo de organização do trabalho da Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 2, p. 193-197, mar./abr. 2004.

LEOPARDI, M. T. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LOPES, L. K. O. et al. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 6, n. 3, p. 324-329, 2004.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, 2004.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de Enfermagem art.2. *Rev. Latino-am Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-7, jul./ago. 2002.

MASTROENI, M. F. *Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

MEDEIROS, S. M.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.

MOREIRA, M. C.; SILVA, S. C. S. B. Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 193-199, abr./jun. 2007.

NAPOLEÃO, A. M. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

PEREIRA, A. C. M. et al. Work accidents with needles and other sharp medical devices in the nursing team public hospitals. *Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 3, 2004. Disponível em: <[www.uff.br/nepae/si-teantigo/objn303pereiraetal.htm](http://www.uff.br/nepae/si-teantigo/objn303pereiraetal.htm)>. Acesso em: 10 set. 2010.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trab., Educ. e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Saúde e globalização: desafios futuros para o cuidado de enfermagem. *Invest., Educ. Enferm.*, Medellín, Colômbia, v. 22, n. 2, p. 112-119, 2004.

RAPPARINI, C.; CARDO, D. M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In: MASTROENI, M. F. *Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 207-221.

ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. Revisão Integrativa de pesquisa aplicada à Enfermagem. *Cogitare Enferm.*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. *Espaço para saúde*, v. 4, n. 1, p. 110-116, 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/hospitais.doc>>. Acesso em: 4 jul. 2005.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Riscos biológicos e segurança dos profissionais de saúde. *Boletim de atualização*



*da Sociedade Brasileira de Infectologia*, v. 1, n. 2, jan./mar. 2006.

Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Infecto%20Hoje%2002.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2006.

SOUZA, M.; ARANTES, D. V.; ABREU, E. Biossegurança. In: *Assistência de enfermagem em infectologia*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 5-60.

VERAS, V. S. D. *Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem?* 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

# **Análise da situação vacinal das enfermeiras do programa saúde da família do município de Parnamirim/RN**

*Cleonice Andréa Alves Cavalcante  
Nicelha Maria Guedes de Albuquerque  
Bertha Cruz Enders  
Soraya Maria de Medeiros*

## **Introdução**

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a diversos riscos relacionados ao ambiente de trabalho, tais como: biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos. Porém, a falta de conhecimento sobre os riscos aos quais estão expostos e o trabalho em condições precárias tornam esses riscos ainda mais perigosos para esses profissionais.

Eles podem adquirir e transmitir hepatite B, gripe, sarampo, caxumba, rubéola e varicela, todas doenças imunopreveníveis. Programas de vacinação podem reduzir substancialmente o número de trabalhadores suscetíveis a riscos de adquirir doenças transmissíveis preveníveis, bem como proteger os pacientes de adquirir tais doenças de trabalhadores infectados (CORTES, 2002). Por essa razão, esses profissionais deveriam conhecer seu nível imunitário relativo às infecções que fazem parte de seu cotidiano. Mas, na prática, não sabem

esse aspecto de sua condição de saúde e, algumas vezes, desconhecem as possibilidades de proteção vacinal disponíveis.

O profissional de saúde recém-contratado precisaria ter, em sua ficha médica admissional, dados precisos relativos ao seu *status* imunitário. Na ausência desses dados, ou constatada uma inadequada proteção, deveria contar imediatamente com um plano de imunização a ser executado. Isto porque o profissional de saúde está exposto a um risco maior de adquirir determinadas infecções, imunologicamente preveníveis, do que a população geral. A instituição e a manutenção do programa de imunização não apenas reduzem o número de profissionais suscetíveis a infecções preveníveis mas também impedem a transmissão dessas infecções aos colegas de trabalho, aos próprios pacientes hospitalizados, aos familiares e às pessoas contatadas no domicílio (ABREU; ALFREDO, 2004).

Para limitar a probabilidade de transmissão de certas doenças infecciosas nos serviços de saúde, muitos países adotam programas de imunização com atenção especial para o pessoal da saúde. Dessa forma, compete, principalmente, à enfermeira do trabalho a responsabilidade da implementação dos programas de vacinação do trabalhador de saúde (BULHÕES, 1998).

Assegurar que o profissional esteja imune a doenças imunopreveníveis é essencial para o êxito dos programas de saúde ocupacional. O uso otimizado das vacinas pode prevenir a transmissão de doenças, diminuindo o absenteísmo ao trabalho, resultando num melhor custo-benefício para as instituições (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1998).

O Ministério da Saúde publicou, em abril de 2004, a Portaria n. 597 (BRASIL, 2004), que institui em todo o território nacional, os calendários básicos de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, visando ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis. Determina ainda que as vacinas sejam oferecidas pela rede de serviços públicos de saúde para efeito de pagamento de salário-família,

matrícula em creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e universidade, alistamento militar e o recebimento de benefícios sociais. Além da contratação trabalhista em instituições públicas e privadas, que deverão exigir a apresentação de comprovante de vacinação, atualizado conforme o calendário e faixa etária estabelecidos.

Dessa forma, o Ministério da Saúde amplia o leque de vacinas a outras faixas etárias que estavam descobertas anteriormente. Portanto, o Programa Nacional de Imunização passa de um programa para crianças, gestantes e idosos, para uma política ampliada, em que todos os cidadãos terão direito de receber as vacinas, instituídas de acordo com a sua faixa etária, com indicações especiais aos profissionais de saúde.

No país, ao longo dos anos, a procura pela vacinação tem aumentado entre os profissionais de saúde, especificamente a vacina contra a hepatite B. Entretanto, a cobertura vacinal ainda é inferior ao desejado, especialmente se considerarmos que o Ministério da Saúde coloca à disposição, gratuitamente, algumas vacinas para esses trabalhadores (MARTINS; BARRETO, 2003).

Portanto, partindo do entendimento de que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores de Enfermagem, apresentam um risco aumentado de aquisição e transmissão de algumas doenças infecciosas, por meio das atividades laborais ou de acidentes, torna-se imprescindível que esses trabalhadores estejam adequadamente imunizados, uma vez que a vacinação diminui o risco de morbidade por doenças imunopreveníveis, haja vista que a imunização ativa é considerada uma das formas mais eficazes de prevenção.

Considerando ainda que a imunização é, nacional e internacionalmente, recomendada como medida de biossegurança e controle de doenças adquiridas em acidentes de trabalho para os trabalhadores da saúde, a partir de normas regulamentadoras, recomendações e portarias devem ser colocadas em prática por intermédio das comissões internas de prevenção de acidentes

(CIPAS), das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH) ou dos Serviços de Saúde Ocupacional das instituições de saúde.

Em outubro de 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou a Norma Regulamentadora (NR) n. 32, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

A NR-32 prevê maior rigor na segurança dos profissionais de saúde, protegendo o trabalhador e buscando reduzir, com isso, as condições que possam gerar riscos de agravos e doenças a eles, por meio de medidas de proteção, tais como: avaliações de riscos; educação permanente; condições ambientais livres de riscos; Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); notificação imediata em casos de acidentes e exposições; Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); monitoração individual e de áreas; e imunização ativa dos trabalhadores, além de outros procedimentos.

Quanto à vacinação, a norma estabelece que, a todo trabalhador dos serviços de saúde, deve ser fornecido, gratuitamente, um programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO. E determina ações, tais como: sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar expostos, o empregador deve: fornecê-las gratuitamente; fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos; providenciar, se necessário, seu reforço, com vacinação em obediência às recomendações do Ministério da Saúde; assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, nesses casos, guardando documento comprobatório e mantendo-o disponível para a inspeção do trabalho; ter consciência de que a vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual

do trabalhador, previsto na NR-07; fornecer ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

Nesse sentido, a NR 32 é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trata das questões de segurança e saúde no trabalho do setor de saúde, pois as normatizações existentes encontram-se fragmentadas em outros atos e resoluções que não foram construídos especificamente para tal finalidade. Acredita-se, assim, que mudanças benéficas sejam alcançadas com essa norma, pois preenche uma lacuna na forma legal, com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais na área da saúde (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Portanto, essa norma será mais um instrumento jurídico para que os trabalhadores da saúde lutem por melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida, ao invés de trocarem sua saúde pelo pagamento de percentuais de insalubridade e periculosidade, como alternativa mais cômoda e que isenta o patronato de melhores investimentos na melhoria das condições no ambiente de trabalho.

O presente estudo teve como objetivo analisar a situação vacinal das enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Parnamirim/RN bem como detectar as principais alegações para a não vacinação ou vacinação incompleta, o uso do cartão de vacinação e as formas de acesso a esclarecimentos quanto à importância da imunização.

## Aspectos metodológicos

A presente pesquisa trata de um estudo exploratório/descritivo com abordagem quantitativa a fim de produzir uma análise da situação vacinal das enfermeiras do PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim/RN.

A questão relacionada à situação vacinal e à biossegurança envolve todos os trabalhadores dos serviços de saúde, porém

optamos por estudar como se estabelece esse fenômeno entre os trabalhadores de Enfermagem, especificamente as enfermeiras que exercem suas atividades no Programa Saúde da Família, atuando, portanto, na atenção básica, realizando ações em diferentes ambientes, tanto na unidade de saúde da família como no domicílio.

Dentre as atividades realizadas pela enfermeira do PSF, destaca-se a realização de cuidados diretos de Enfermagem nas urgências e emergências clínicas, consultas de Enfermagem, as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, visitas domiciliares, vacinação, entre outros. De acordo com Farias, Mauro e Zeitoune (2005), a enfermeira de saúde pública, ao exercer suas funções realizando atenção primária, expõe-se a vários riscos relativos a inúmeros fatores que podem estar relacionados ao trabalho.

A coleta de informações iniciou-se após contato prévio com as enfermeiras selecionadas, momento em que elas receberam informações sobre o estudo e seus objetivos, solicitando o seu consentimento e o melhor horário e local para a aplicação dos questionários. Sua participação foi voluntária, sendo garantidos o sigilo e o anonimato das informações, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da autorização, por parte das entrevistadas, do uso do gravador durante as entrevistas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2007, por meio de um questionário autoaplicável, elaborado previamente, considerando os critérios de viabilidade e características da população-alvo, constando de questões que abordaram os temas de interesse para o estudo. Além disso, o referido questionário foi avaliado e submetido a teste prévio para identificação de erros e de possíveis reformulações.

O questionário foi respondido por 25 enfermeiras que atuavam no Programa de Saúde da Família no Município de Parnamirim/RN. Essa amostra representa 70% da totalidade

desses profissionais. Nessa perspectiva, solicitamos a autorização, por escrito, da instituição representada pela Secretaria Municipal de Saúde. Solicitamos, ainda, a participação de todas as enfermeiras que atendessem aos critérios de inclusão, por meio de sua assinatura no TCLE.

Na abordagem quantitativa, as informações foram analisadas estatisticamente e apresentadas em forma de tabelas e gráficos, para caracterizar os trabalhadores e os aspectos relacionados à sua situação vacinal.

## Resultados e discussão

Constatou-se que, em relação à idade, entre as 25 enfermeiras que participaram, houve um predomínio de participantes na faixa etária de 20 a 40 anos (64%). Essa faixa etária é considerada como categoria do adulto jovem economicamente ativo (IBGE, 2007). Quanto ao gênero dos sujeitos, todos eram do sexo feminino, demonstrando ainda uma predominância histórica da mulher na Enfermagem, também confirmada em outros estudos (CAVALCANTE, 2007; MACÊDO, 2006; FARIAS; MAURO; ZEITOUNE, 2005). Bulhões (1998) destaca que a participação e predominância feminina no trabalho de Enfermagem talvez se justifique por um contexto de submissão histórica nos ambientes de trabalho. Observou-se, também, que cerca de 56% das trabalhadoras entrevistadas tinham em média dois filhos, confirmando a estatística nacional (IBGE, 2007).

Apenas 68% dessas trabalhadoras possuíam pós-graduação, o que talvez se explique pelo pouco tempo de exercício profissional da maioria, em que 60% tinham menos de 10 anos. Ou ainda pela situação precária no trabalho, verificada pela alta carga horária e pelo vínculo temporário, exercidos por respectivamente 56% e 100%, além do exercício de múltiplos empregos demonstrado por 60% das entrevistadas.

Essa situação dificulta a permanência ou a volta dos profissionais aos estudos, como às pós-graduações, e até



mesmo às atualizações em cursos ou congressos, uma vez que esses profissionais não têm condições de se afastar das suas atividades, por não possuírem vínculo formal nem tempo disponível para essas atividades tão importantes para sua qualificação e atualização. Essa realidade é algo extremamente preocupante, uma vez que a área de saúde tem se mostrado uma das áreas de maior diversidade e avanços técnico-científicos, o que exige a atualização e a requalificação dos seus trabalhadores.

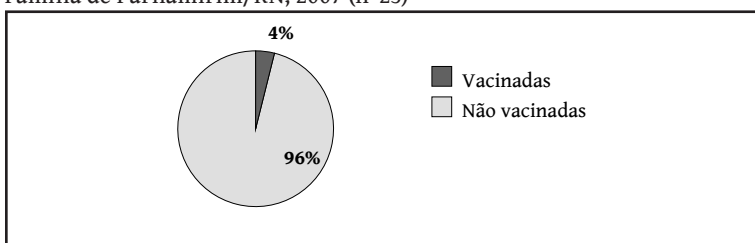
Bulhões (1998) corrobora com essa afirmativa quando refere que as exigências do mundo contemporâneo mudaram, uma vez que a assistência à saúde foi transnacionalizada e a automação e as novas tecnologias passaram a integrar o cotidiano, obrigando a atualização constante, visando ao aperfeiçoamento profissional. Essa situação demonstra ainda um paradoxo no mundo do trabalho atual, em que há uma exigência cada vez maior de profissionais com o melhor nível de conhecimento possível. Portanto, as pós-graduações são requisitos extremamente exigidos no mercado, assim como profissionais qualificados e atualizados continuamente.

Outros estudos afirmam ainda que essa situação de trabalho precarizado e de múltiplos empregos vivenciada pela significativa maioria dos profissionais de Enfermagem compromete também suas horas de repouso e sono, interferindo no desempenho laboral pelo prejuízo na sua recuperação física, afetando também sua vida familiar e social (MACÊDO, 2006; FARIAS; MAURO; ZEITOUNE, 2005; BULHÕES, 1998).

De acordo com os resultados sobre o histórico de vacinação das enfermeiras, consolidados no Gráfico 1, observamos que a maioria (96%) afirmou ser vacinada ou estar com esquema vacinal em andamento, o que demonstra interesse no autocuidado em relação às doenças imunopreveníveis e sua relação com a biossegurança. Provavelmente essa situação vacinal se dá pela facilidade de acesso às vacinas nos seus

locais de trabalho, uma vez que elas são responsáveis técnicas pelas salas de vacina. No entanto, observamos que 4% dessas trabalhadoras encontravam-se em estado de suscetibilidade às doenças imunopreveníveis, o que reafirma que existem profissionais de saúde que resistem à vacinação ocupacional por diversos motivos, entre eles o fato de considerar a vacina de pouca ou nenhuma importância.

Gráfico 1 – Situação vacinal de enfermeiras do Programa Saúde da Família de Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



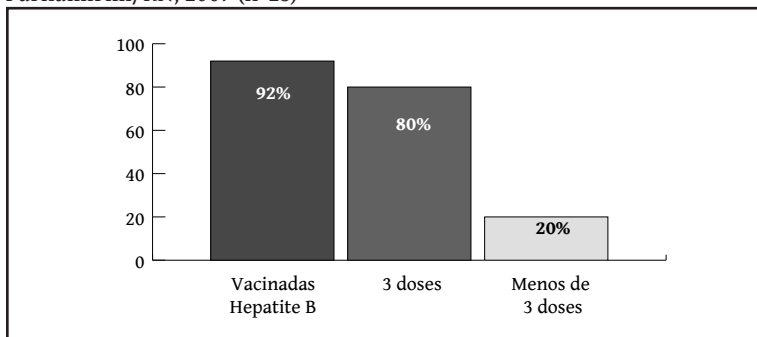
Fonte: dados da pesquisa

Em relação à vacina contra hepatite B, constatamos que 92% das enfermeiras entrevistadas foram vacinadas (Gráfico 2). Destas, 80% completaram o esquema de três doses. Percebe-se, assim, que 8% dessas profissionais não foram vacinadas e 20% estavam com o esquema incompleto.

A transmissão do VHB, após exposição à sangue ou a líquidos corporais em serviços de saúde, representa um risco importante para o profissional de saúde, variando de 6% a 30%, dependendo da natureza dessas exposições. Portanto, a vacinação contra hepatite B é especialmente importante para esses profissionais, visto que o risco de transmissão do vírus da hepatite B é de três a cinco vezes maior nesses profissionais do que na comunidade (CAVALCANTE, 2007; BRASIL, 2006; ABREU; ALFREDO, 2004). Dessa forma, essa vacina deve ser garantida a todos os trabalhadores que sofram risco de exposição ocupacional com sangue ou derivados, além de

outros materiais potencialmente contaminados com secreções de pacientes e acidentes com material perfurocortantes (CAVALCANTE, 2007; BOLICK et al., 2000).

Gráfico 2 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família em Parnamirim/RN vacinadas contra Hepatite B e o número de doses recebidas, Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



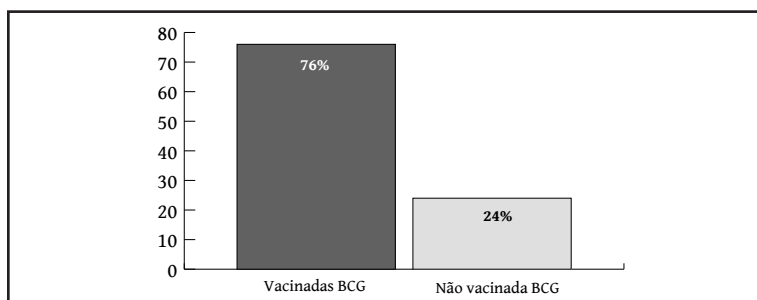
Fonte: dados da pesquisa

A partir da análise do Gráfico 3, constatamos que 24% das profissionais estudadas não se vacinaram contra tuberculose (BCG), o que demonstra um quadro preocupante, pois a tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública mundial e sua incidência cresce especialmente nos países subdesenvolvidos. Perdigotos contendo o *Mycobacterium tuberculosis* são eliminados por doentes não tratados – por meio da respiração, tosse, espirro e fala, e já foram isolados nos aerossóis produzidos durante procedimentos (CAVALCANTE, 2007; LIMA et al., 2006). Em diversos estudos nacionais, foi evidenciada uma elevada prevalência de infecção tuberculosa entre os profissionais de saúde, superior à da população geral. Os estudos demonstram ainda que, além do risco de infecção, o risco de adoecimento é superior ao da população em geral (REZENDE, 2002).

Das participantes do estudo, 72% referiram terem sido vacinadas com a dupla bacteriana contra difteria e tétano, o

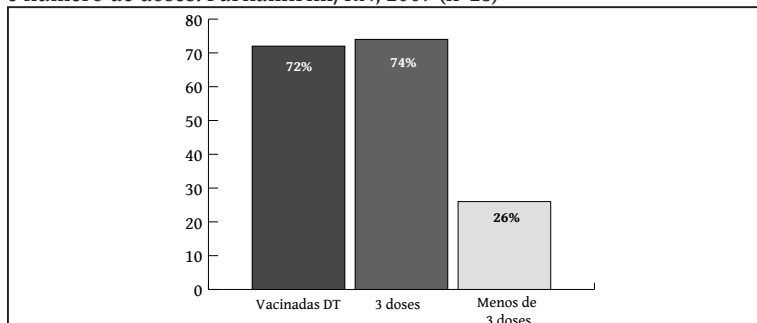
que demonstra uma cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo PNI, que é de 100% (BRASIL, 2006). Essa situação provavelmente ocorreu pelo fato de algumas dessas profissionais terem sido imunizadas com a vacina toxoide tetânica, uma vez que a vacina dupla bacteriana foi introduzida no calendário básico há aproximadamente 12 anos. Embora não sejam consideradas doenças ocupacionais, é importante para os trabalhadores da Enfermagem manterem níveis suficientes de proteção contra essas doenças, que têm se tornado frequentes em adultos.

Gráfico 3 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família vacinadas com BCG. Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 4 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família vacinadas com dT e número de doses. Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



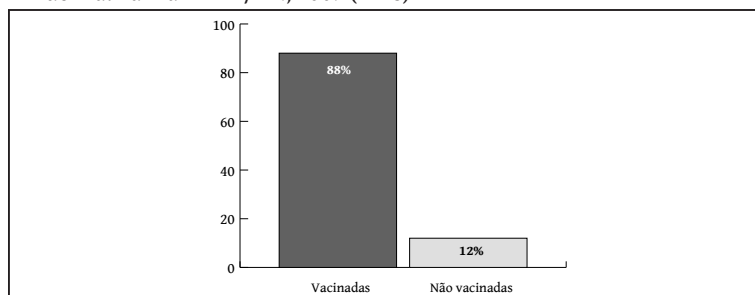
Fonte: dados da pesquisa

Estudos internacionais demonstraram que 50% dos adultos apresentavam níveis baixos de anticorpos protetores para difteria. Por esse motivo, recomenda-se, de modo geral, a revacinação de adultos e, em particular, a imunização dos profissionais de saúde. O risco de exposição, na área de saúde, a esse agente patogênico por excelência tem preocupado a comunidade científica (CAVALCANTE, 2007; FORMIGA; GUARALDI, 2001).

Os resultados relacionados à vacinação contra influenza (Gráfico 5) demonstram que 88% das enfermeiras entrevistadas estavam vacinadas, o que representa uma boa cobertura vacinal, pois a transmissão do vírus influenza entre os trabalhadores de saúde, de modo geral, leva ao aumento de absenteísmo e ao risco de contaminação dos pacientes.

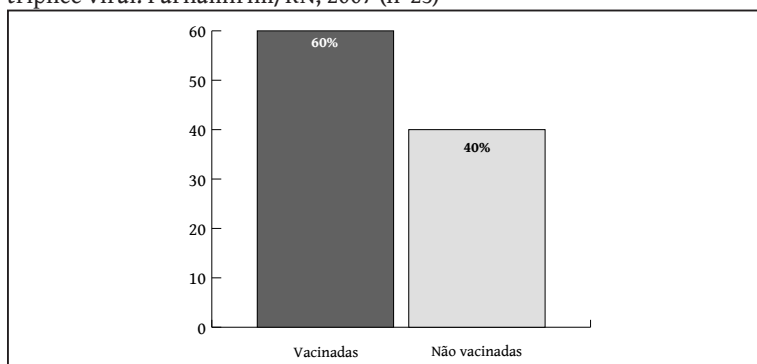
Dessa forma, essa vacina é considerada por alguns autores como de interesse ocupacional (CAVALCANTE, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO, 2007; BRASIL, 2006). E ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, todos os profissionais de saúde devem receber a vacina inativada contra influenza, principalmente os que estão em contato com idosos, imunodeprimidos ou pacientes com doenças crônicas de natureza cardiovascular ou pulmonar (BRASIL, 2006).

Gráfico 5 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família vacinadas contra influenza. Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 6 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família vacinadas com tríplice viral. Parnamirim/RN, 2007 (n=25)

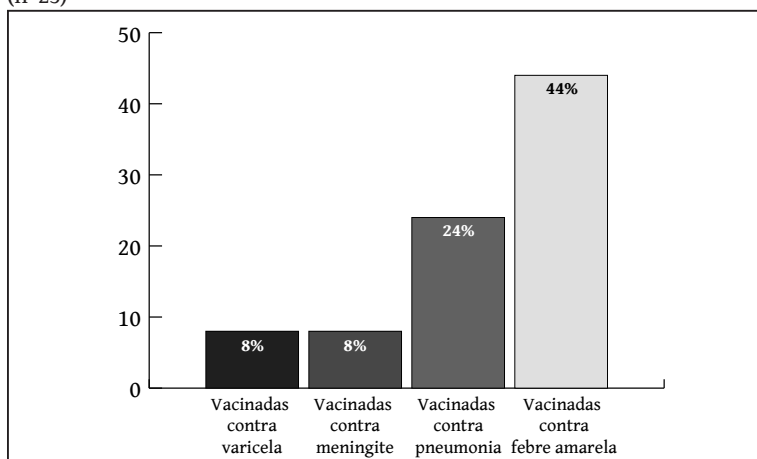


Fonte: dados da pesquisa

Das profissionais entrevistadas, 60% referiram terem sido vacinadas contra sarampo, caxumba e rubéola, o que apresenta uma cobertura vacinal baixa, pois, conforme Abreu e Alfredo (2004), o risco de os profissionais de saúde adquirirem sarampo é 13 vezes maior do que na população geral. Em relação à rubéola, os mesmos autores referem que, na literatura, já foram descritos vários surtos em ambiente hospitalar. Portanto, torna-se necessário que todos os profissionais susceptíveis sejam vacinados, na perspectiva da imunidade individual e coletiva. Lima et al. (2006), ressaltam ainda que, se há dúvida quanto à imunização ou infecção prévia para essas doenças, é mais seguro assumir-se como não imunizado.

Em relação às demais vacinas, observamos, no Gráfico 7, que 44% das entrevistadas referiram terem tomado a vacina contra febre amarela, 24% contra pneumonia e 8% contra varicela e meningite. O que demonstra, mais uma vez, que a facilidade de acesso à vacina influencia diretamente a cobertura vacinal, pois, como as vacinas de febre amarela e pneumonia estão incluídas em alguns calendários, esses profissionais podem ter acesso a elas.

Gráfico 7 – Enfermeiras do Programa Saúde da Família vacinadas contra varicela, meningite, pneumonia e febre amarela. Parnamirim/RN, 2007 (n=25)



Fonte: dados da pesquisa

Sob outra perspectiva, a vacina contra varicela, embora seja considerada de interesse ocupacional devido ao custo relativamente elevado, essa vacina ainda não faz parte do Calendário Básico definido pelo PNI, o que dificulta o acesso desses profissionais, explicando a baixa cobertura vacinal. No entanto, a vacina contra varicela tem indicação especial para os profissionais de saúde nos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais, mas poucos profissionais demonstram interesse e buscam se vacinar, e a maioria ainda desconhece esse direito (CAVALCANTE, 2007).

## Considerações finais

De acordo com os resultados apresentados, constatamos que os trabalhadores de Enfermagem estudados se encontravam com uma situação vacinal bastante heterogênea em relação às vacinas consideradas de interesse ocupacional. Apresentaram uma boa cobertura vacinal para hepatite B,

mas uma cobertura vacinal baixíssima para varicela. No entanto, essa situação ocorre devido a questões, como acesso à vacina e informações relacionadas aos riscos ocupacionais, bem como ao direito instituído legalmente para as demais vacinas não oferecidas nas unidades básicas de saúde, para os profissionais de saúde. Esses trabalhadores, além das vacinas preconizadas para adultos, conforme o calendário básico de vacinação do Ministério da Saúde, podem e devem receber, nos serviços de saúde, as vacinas contra influenza inativada, hepatite B e varicela.

Entendendo que a imunização dos profissionais de saúde, em especial os de Enfermagem, é considerada uma das medidas mais eficazes, seguras e economicamente acessíveis para proteger esses trabalhadores, essa preocupação torna-se extremamente relevante, pois esses sujeitos realizam cuidados contínuos e diretos aos pacientes, além dos procedimentos invasivos. Assim, tornam-se mais suscetíveis a adquirirem e/ou transmitirem certas doenças infecciosas de possível transmissão no ambiente de trabalho, tais como: hepatites A e B, varicela, sarampo, influenza, caxumba, rubéola, doença pneumocócica e meningocócica.

Diante do exposto, deve-se reconhecer a importância da vacinação ocupacional como medida de biossegurança em qualquer instituição de saúde, sendo de responsabilidade desses serviços oferecerem ou garantirem a vacinação dos seus trabalhadores, como normatiza e orienta o Ministério do Trabalho, por meio da NR 32.

Reconhecemos que esse tipo de medida ainda não se transformou em política orientada pelos Ministérios da Saúde ou do Trabalho, porém, cabe às instituições que atuam no interesse da saúde dos trabalhadores lutarem por toda e qualquer ação e mobilização que tenham como objetivo proteger os trabalhadores dos riscos no seu ambiente de trabalho.



## Referências

- ABREU, E.; ALFREDO, M. L. Imunização. In: SOUZA, M. *Assistência de enfermagem em infectologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- BOLICK, D. et al. *Segurança e controle de infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 597, de 8 de abril de 2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005*. Aprova a norma regulamentadora n. 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2017.
- BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.
- CAVALCANTE, C. A. A. *Vacinação e biossegurança: o olhar dos profissionais de enfermagem*. 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Guidelines for infection control in health care personnel*. MMWR, 1998.
- CORTES, G. *Imunizações e profissionais de saúde*. Disponível em: <[http://www.lincx.com.br/lincx/orientacao/immunizacao/immun\\_trabalhadores.html](http://www.lincx.com.br/lincx/orientacao/immunizacao/immun_trabalhadores.html)>. Acesso em: 15 abr. 2002.
- FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; ZEITOUNE, R. C. G. *Riscos no trabalho e agravos a saúde do trabalhador de enfermagem de saúde pública*. Rio de Janeiro (RJ): EEAN/UFRJ, 2005.
- FORMIGA, L. C. D.; GUARALDI, A. L. M. Difteria: profissionais susceptíveis, diagnóstico, vacinação e reparação de danos. *Jornal Brasileiro de Patologia*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 292-293, 2001.

IBGE. *Contagem da população em 2007*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2011.

LIMA, E. M. C. et al. Perfil de imunização dos alunos, professores e funcionários do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 42, n. 3, p. 161-256, jul./set. 2006.

MACÊDO, M. L. F. *Trabalho Noturno em Saúde: história de mulheres trabalhadoras de enfermagem*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M. Vacinação contra hepatite B entre cirurgiões dentistas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 333-338, 2003. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em: 29 set. 2007.

REZENDE, F. M. et al. *Vacinas de interesse ocupacional*. 2002. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Sociedade Universitária Estácio de Sá, Campo Grande, 2002.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-836, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO. *Atualização em vacinação ocupacional: guia prático*. São Paulo, 2007. Disponível em: <[http://www.sbm.org.br/sbm\\_guia\\_ocupacional.pdf](http://www.sbm.org.br/sbm_guia_ocupacional.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2007.



## Sobre os autores

### **Ana Elza Oliveira de Mendonça**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **Ana Tânia Lopes Sampaio**

Doutora em Educação. Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde.

### **Akemi Iwata Monteiro**

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **Bertha Cruz Enders**

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **Cléa Maria da Costa Moreno**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.

### **Clélia Albino Simpson**

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **Cleonice Andréa Alves Cavalcante**

Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **Djailson José Delgado Carlos**

Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Wilson Rosado em Mossoró/RN.

**Francisco Arnaldo Nunes de Miranda**

Doutor em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Gilson de Vasconcelos Torres**

Doutor em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Gisélia Tsutae Kitayama Cabral**

Especialista em Enfermagem em Saúde da Criança. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Tangará/RN.

**Lenilde Duarte de Sá**

Doutora em Enfermagem. Docente de Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

**Lygia Maria de Figueiredo Melo**

Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Magna Celi Pereira Felipe**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN.

**Márcia Lélis Rocha Corrêa**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN.

**Maria Izabel dos Santos Nogueira**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Matos/RN.

**Maria Itayra Padilha**

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Nicelha Maria Guedes de Albuquerque**

Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Parnamirim/RN.

**Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos**

Mestre em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Raimunda Medeiros Germano**

Doutora em Educação. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Raul Amaral de Araújo**

Enfermeiro. Residência em Enfermagem Cardiológica – Hospital Oswaldo Cruz da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

**Ricardo Henrique Vieira de Melo**

Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN.

**Rosalba Pessoa de Souza Timóteo**

Doutora em Educação. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Rosana Lúcia Alves de Vilar**

Doutora em Ciências Sociais. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Soraya Maria de Medeiros**

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.









Este livro foi projetado pela equipe  
editorial da Editora da Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte.